



HAL
open science

La clinique, laboratoire de la médecine : exploration philosophique

Jean-Christophe Weber

► **To cite this version:**

Jean-Christophe Weber. La clinique, laboratoire de la médecine : exploration philosophique. Philosophie. Université Paris sciences et lettres, 2019. Français. NNT : 2019PSLEE046 . tel-03505873

HAL Id: tel-03505873

<https://theses.hal.science/tel-03505873>

Submitted on 1 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE DE DOCTORAT
DE L'UNIVERSITÉ PSL

Préparée à l'École Normale Supérieure

La clinique, laboratoire de la médecine
Exploration philosophique

Soutenue par

Jean-Christophe WEBER

Le 17 janvier 2019

Ecole doctorale n° 540

**ECOLE DOCTORALE
TRANSDISCIPLINAIRE
LETTRES/SCIENCES**

Spécialité

Philosophie

Composition du jury :

Laurie, LAUFER Professeure, Université Paris Diderot	<i>Présidente</i>
Dominique, MEMMI DR1 CNRS, CSU UMR 7217	<i>Rapporteur</i>
Anne-Marie, MOULIN DR1 CNRS, SPHERE UMR 7219	<i>Rapporteur</i>
Didier, SICARD Professeur, Université Paris Descartes	<i>Examineur</i>
Céline, LEFEVE MCF, Université Paris Diderot, UMR 7219 (absente)	<i>Examineur</i>
Frédéric, WORMS Professeur, Ecole Normale Supérieure	<i>Directeur de thèse</i>



ECOLE DOCTORALE TRANSDISCIPLINAIRE LETTRES / SCIENCES – ED 540

LA CLINIQUE, LABORATOIRE DE LA MEDECINE

EXPLORATION PHILOSOPHIQUE

Jean-Christophe Weber

Thèse de Doctorat en Philosophie
de l'Université de recherche Paris Sciences et Lettres
préparée à l'Ecole Normale Supérieure
soutenue le 17 janvier 2019 devant

Mme Laurie Laufer, présidente du jury

Professeure, Université Paris Diderot

Mme Dominique Memmi, rapporteur

Directrice de recherche, CNRS, UMR 7217

Mme Anne-Marie Moulin, rapporteur

Directeur de recherche émérite, CNRS, UMR 7219

Mr Didier Sicard

Professeur émérite, Université Paris Descartes

Mme Céline Lefève (absente)

Maître de Conférences, Université Paris Diderot, UMR 7219

Mr Frédéric Worms, directeur

Professeur, Université Paris Sciences et Lettres, Ecole Normale Supérieure

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

A Frédéric Worms, qui avez accueilli avec enthousiasme le projet et accepté la direction de thèse. Vous avez su me donner des impulsions décisives et les encouragements nécessaires pour le mener à bien, tout en me laissant libre des orientations de travail. J'espère avoir le plaisir de poursuivre des échanges sur les questions du soin que vous portez avec énergie. Votre générosité est un exemple.

Dominique Memmi, vous rencontrer et pouvoir travailler avec vous a été déterminant dans ma trajectoire de recherche, pour pouvoir amorcer une analyse critique des pratiques médicales. Votre profondeur de vue force l'admiration. J'espère que vous ne me tiendrez pas rigueur d'avoir privilégié la philosophie à la sociologie. Votre présence dans ce jury est un honneur. Merci d'avoir accepté d'être rapporteur de la thèse.

Anne-Marie Moulin, votre parcours professionnel et de recherche vous a amenée à une médecine des grands horizons, dans le temps et dans l'espace. Vous entendre à Lyon m'a fait entrevoir des communautés de vue, au-delà de la différence des angles d'analyse. Merci d'avoir accepté de juger ce travail du microcosme et d'en être le rapporteur.

Laurie Laufer, vous savez allier rigueur théorique et frayages inédits pour maintenir le vif de la psychanalyse dans une actualité qui s'en détourne, et ne pas en faire un lieu de repli nostalgique. J'espère que l'usage qui en est fait ici trouvera auprès de vous un écho bienveillant. Merci d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse qui puise largement dans le champ freudien.

Céline Lefève, votre rigueur de lecture et votre engagement éditorial m'ont permis de mener à bien le projet d'écriture de *La consultation*, qui a été une étape importante pour la thèse. Merci de tous vos conseils et de votre assistance. J'espère que la spécialiste de Canguilhem que vous êtes approuvera la place qu'il tient dans cette dissertation doctorale, et fermera les yeux sur l'inflation de propositions subordonnées qui l'encombrent encore.

Didier Sicard, vous étiez naguère juge de ma candidature pour devenir enseignant de médecine interne. Vous incarnez bien des aspects de cette formidable discipline et savez transmettre votre amour d'un métier que vous concevez toujours en prise directe avec les réalités sociales et politiques. Je suis très heureux de vous soumettre ces propositions pour la médecine, et serai attentif à votre lecture « de l'intérieur ».

A mes proches, famille, amis et collègues

Plus vous avez été proches au cours des derniers mois, et plus vous avez souffert de la sociabilité transformée d'un doctorant de plus en plus absorbé par une seule tâche, et de moins en moins disponible à vos sollicitations. Merci pour votre soutien, vos coups de main, votre patience, votre amitié.

Sonia, ta patience a été exemplaire. Quelques intuitions pour la médecine sont en dialogue constant avec ce que tu élabores de ton côté. Mention spéciale pour nos bons génies : funambule, culbuto et *therapôn*.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	9
INTRODUCTION	15
PREMIERE PARTIE LES DONNEES DE LA CLINIQUE	29
CHAPITRE I. CORPS.....	33
A. Savoirs cliniques sur le corps	35
B. Les marques du corps.	39
B.1 La sémiologie médicale telle qu'elle est	40
B.2 La sémiologie médicale mise en perspective.....	48
B.3 Les marques du corps	55
C. Vies du corps dans la consultation médicale	65
C.1 La double vie inaugurée par la consultation.....	66
C.2 La double vie pulsionnelle.....	70
C.3 De la double vie à la triple vie.....	76
CHAPITRE II. DEMANDE, BESOIN, DESIR.....	81
A. Variations sur la demande.....	84
B. Demande de sens, demande de savoir.....	95
C. Besoin, désir, demande.	104
D. Demandes du malade, demandes du médecin.....	110
CHAPITRE III. CORPS ET PAROLE. LA DEMARCHE DIAGNOSTIQUE, UNE ENTREPRISE RHETORIQUE ?	119
A. Du diagnostic en médecine et des moyens d'y parvenir	124
B. La rhétorique du diagnostic.....	128
C. Une charge rhétorique partagée.....	132
C.1 Logos.....	133
C.2 Pathos	135
C.3 Ethos	136
D. La leçon rhétorique de « La mort de Dante Lazarescu »	138
E. De la rhétorique à l'éthique.....	142

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE	151
DEUXIEME PARTIE CRISES ET CRITIQUE DE LA CLINIQUE	167
CHAPITRE IV. UNE CRISE EPISTEMOLOGIQUE	173
A. Etat de la question.....	175
B. Evidence Based Medicine ou l'épistémologie en action	178
B.1 L'ambition d'EBM	178
B.2 De Evidence Based Medicine à Evidence Based Practice.....	183
B.3 Une réponse suffisante ? Les critiques formulées à l'encontre de EBM.....	185
C. Questions en suspens	191
C.1 Fondements de la médecine.	191
C.2 Quel cadre épistémologique pour la médecine ?.....	194
CHAPITRE V. UNE CRISE DES FINALITES. MEDECINE INDIVIDUALISEE ET MEDECINE CENTREE SUR LA PERSONNE.	201
A. Le moment thérapeutique et l'individualisation des soins.....	204
A.1 La médecine de précision et ses limites	207
A.2 La médecine centrée sur la personne	210
B. La notion de rapport bénéfiques-risques.....	212
B.1 Médecine de précision, qualité de vie et décision partagée.....	214
B.2 Au cœur du rapport : calcul ou métaphore ?.....	216
B.3 Signification des chiffres et processus de choix.	218
C. Penser autrement l'individualisation des soins ?.....	225
Une obligation de changer de registre ?	226
Notule sur la notion de personne en médecine : un usage ambigu.....	229
CHAPITRE VI. UNE CRISE DES POUVOIRS.....	237
A. La crise du prendre soin. Les ambiguïtés du prendre soin.	239
A.1 Le sujet du soin	241
A.2 Le soin entre contrôle et émancipation.....	242
A.3 Pouvoir et soin	244
B. Le gouvernement des corps et des esprits.....	247
B.1 En quoi la médecine est-elle aussi une affaire de gouvernement?	248
B.2 Les apories de la normalisation.....	260
C. Limitation de l'offre, limites du pouvoir.	277
C.1 Economie ou management ?.....	277
C.2 La limitation de l'offre, une question (aussi) clinique.....	280
C.3 Qu'est-ce qui est offert ?.....	287

Sommaire

D. « Ce qu'on attend de nous, c'est qu'il soit possible de dépendre de nous ».....	294
D.1 Fiabilité et dépendance	294
D.2 Dépendance et liberté.....	299
CHAPITRE VII. UNE CRISE DE L'INFORMATION. LA CLINIQUE AU TEMPS DE L'INTERNET.....	309
A. Le monde d'avant l'Internet.....	314
B. La médecine du monde désenchanté, avant l'Internet.....	316
B.1 Prémisses	316
B.2 Le cristal de la configuration médicale.....	316
C. L'ébranlement par l'Internet.....	320
C.1 Prémisses.....	321
C.2 Wo es war, soll Ich werden.....	324
CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE.....	327
TROISIEME PARTIE PRATIQUE DE LA CLINIQUE GRAMMAIRE ET CONCEPTS	335
CHAPITRE VIII. LA MEDECINE, UNE <i>TEKHNE</i>.....	343
A. Initiés par Canguilhem.....	345
A.1 Le statut épistémologique de la médecine	346
A.2 Thérapeutique, expérimentation, responsabilité.....	354
A.3 Puissance et limites de la rationalité en médecine	356
A.4 Canguilhem sur la dichotomie Art/science.....	362
B. Le point de butée de la subjectivité	367
Un oubli au sens freudien.....	370
C. Détour freudien.....	372
D. Lacan sur l'épistémologie de la médecine.....	384
E. La médecine sous l'angle de la <i>tekhne</i>	388
E.1 La <i>tekhne</i> médicale.....	391
E.2 Difficultés	401
E.3 La <i>tekhne</i> , le concept dont nous avons besoin	413
CHAPITRE IX. DE LA <i>TEKHNE</i> A L'EXPERIENCE - EXPERIENCE, EXPERIMENTATION, EXPERTISE.....	419
A. La clinique médicale comme pratique expérimentale	422
B. Objections.....	430

Sommaire

C. Erlebnis et empeiria	435
C.1 D'une Erlebnis fragile à la conviction délirante.....	439
C.2 Valeur de la perception.....	441
C.3 Un mélange de sensations et d'opinions.....	442
C.4 Exactitude et vérité.....	448
D. De l'expérience à l'expertise	451
D.1 Conflit d'expériences ou d'expertise.....	451
D.2 Les modes d'expertise du médecin.....	452
D.3 Expertise et connaissance tacite.....	455
D.4 Les modes d'expertise du patient. Le patient expert.....	458
D.5 Politique du patient expert.....	462
E. Se défaire de l'expérience ?	464
CHAPITRE X. DE L'EXPERIENCE A L'ESTHETIQUE - LA PRATIQUE MEDICALE AU PRISME DE L'ESTHETIQUE	469
A. De l'esthétique du beau cas à la sensibilité clinique	473
A.1 Le beau corps.....	473
A.2 Le beau cas comme concept réalisé.....	475
A.3 Beaux cas et faux malades.....	476
A.4 Rapport à la forme, sensibilité à l'écart.....	477
A.5 Une esthésie première.....	479
B. De la discrimination sensorielle au jugement réfléchissant	482
B.1 Apprendre à percevoir.....	483
B.2 Observer et être surpris.....	489
B.3 Reconnaissance perceptive d'un concept.....	493
B.4 Jugement subjectif et prétention objective.....	495
B.5 Le jugement réfléchissant.....	498
C. Esthétiser sa pratique	501
C.1 Viser la beauté.....	503
C.2 Créativité médicale.....	509
C.3 Faire de sa vie (professionnelle) une œuvre d'art ?.....	515
CHAPITRE XI. EROTIQUE MEDICALE	531
A. Notre héritage conceptuel	540
A.1 Erôs.....	541
A.2 Philia.....	556
A.3 Agapē.....	573
A.4 L'amour, un commandement ?.....	578
A.5 Un ou plusieurs amours ?.....	586
B. Transfert et amour de transfert	594
B.1 Le transfert chez Freud (pour la médecine).....	597
B.2 Le contre-transfert et le désir du médecin, à partir de Lacan.....	609

Sommaire

C. Le therapôn entre erôs, philia et agapê ?.....	624
C.1 Les situations qui convoquent le therapôn.....	625
C.2 Le therapôn, un serviteur privilégié.....	627
C.3 Therapôn d’Achille, therapôn d’Arès : du philos au double rituel.....	629
C.4 Du therapôn au thérapeute.....	631
C.5 Le therapôn contemporain.....	634
C.6 Erotique et éthique du therapôn.....	637
D. Erôs réprouvé.....	644
D.1 La pudeur.....	644
D.2 Les relations affectives entre médecins et patients.....	656
CHAPITRE XII. DE L’EROTIQUE A L’ETHIQUE.....	663
A. La compassion, point de départ.....	672
A.1 Emotions, jugement, action.....	673
A.2 Analyse de la compassion.....	674
A.3 Extension de la compassion.....	676
B. Amour et compassion.....	678
C. De la compassion à l’action (à partir de Spinoza).....	680
C.1 La compassion est une tristesse.....	680
C.2 De la tristesse à l’action.....	683
C.3 Fonder une morale sur la compassion ?.....	685
C.4 Vivre sous la conduite de la raison.....	687
C.5 Une émotion recommandable ?.....	692
D. De la compassion à l’empathie.....	696
D.1 L’empathie, une notion multiforme.....	696
D.2 Empathie cognitive et émotionnelle.....	698
D.3 L’empathie incorporée de Lipps.....	700
D.4 L’empathie recommandée.....	701
D.5 Difficultés persistantes et problèmes en suspens.....	703
E. Y être de sa personne ?.....	706
E.1 La vulnérabilité du médecin.....	706
E.2 Pas de côté - La direction de la cure médicale.....	720
F. Vers une éthique des émotions ?.....	733
CHAPITRE XIII. L’ETHIQUE DE LA TEKHNE.....	737
A. L’éthique dont nous avons besoin.....	745
B. Le courage.....	750
B.1 Définitions et contours.....	752
B.2 Le courage comme vertu.....	754
B.3 Le courage de l’intelligence.....	761
B.4 Le courage dans les turbulences managériales.....	763

Sommaire

C. Sôphrosunē (tempérance).....	765
C.1 Questions de traduction.....	766
C.2 Les leçons du Charmide.....	768
C.3 La sôphrosunē chez Aristote.....	775
C.4 Sôphrosunē et enkrateia.....	777
C.5 Extensions de la tempérance.....	778
C.6 La sôphrosunē, vertu de l'usage.....	782
D. Jugement pratique.....	784
D.1 Le raisonnement pratique chez Aristote.....	785
D.2 Le raisonnement pratique du médecin.....	794
D.3 L'acrasie.....	798
D.4 L'inertie clinique, une acrasie médicale.....	807
E. L'éthique de la <i>tekmē</i>.....	814
CONCLUSION GENERALE FIN DE LA CLINIQUE OU CLINIQUE RADICALE..	821
BIBLIOGRAPHIE THEMATIQUE ET SELECTIVE.....	831
Aristote, Platon.....	831
Corps.....	833
Emotions (Compassion, Empathie, Sympathie...).....	836
Epistémologie.....	839
Erotique (voir aussi transfert).....	844
Esthétique.....	849
Ethique.....	850
Expérience.....	858
Jugement pratique – décision – acrasie (voir aussi phronēsis).....	861
Parole – Langue – Langage.....	865
Philosophie de la santé – philosophie de la médecine.....	868
Pouvoir, Gouvernement, Biopolitique, Normes.....	869
Psychanalyse.....	872
Relation médecin-malade, transfert (voir aussi érotique).....	877
Société - Sociologie – Anthropologie - Politique.....	880
Soin.....	883
Travail, institution, hôpital, management.....	886
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	891
Ouvrages et chapitres d'ouvrages.....	891
Articles de revue.....	919
Autres documents.....	948
Textes de loi.....	951
TABLE DES MATIERES.....	953

INTRODUCTION

« S'il est vrai que la philosophie soit nécessaire au médecin et quand il commence l'étude de son art, et quand il se livre à la pratique, n'est-il pas évident que le vrai médecin est philosophe? »

Galien¹

« Medicine and philosophy oscillate about each other like the strands of a complex double helix of the intellect »

Pellegrino et Thomasma²

« Laboratoire : Dér. du supin du lat. *laborare* (*labourer**) »

Dictionnaire Trésor de la Langue Française

¹ GALIEN Claude, *Oeuvres anatomiques, physiologiques et médicales Tome I*, trad. Ch. Daremberg, Paris, JB Ballière, 1854, p.7.

² PELLEGRINO Edmund D, THOMASMA David C, *A philosophical basis of medical practice. Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*, New York, Oxford, Oxford University Press, 1981, p.9.

Introduction

La clinique est un laboratoire. Laboratoire de la médecine au sens subjectif du génitif, la clinique n'est pas toujours installée dans un local spécifique, n'est pas toujours garnie d'instruments, mais la clinique désigne le cadre matériel ou virtuel de la pratique médicale. S'y déroule une expérience, c'est-à-dire, à des degrés variables, une recherche, une rencontre, des tests, des analyses, un enseignement, une thérapie. Nous parlerons parfois de praticable pour indiquer sa modularité en fonction des circonstances et son allure de mise en scène¹. Mais la clinique n'est pas seulement le lieu où la médecine s'exerce, elle est aussi le lieu privilégié de son élaboration et de sa production – laboratoire de la médecine au sens objectif du génitif. Elaboration tâtonnante, production artisanale et non industrielle, relevant de la *praxis* autant que de la *poiesis*. Du laboratoire, la clinique tient aussi son caractère de labeur. L'exercice de la médecine est un métier dont la pratique est souvent laborieuse, et qui demande l'attention et le soin d'une perlaboration, d'une *Durcharbeitung*. La médecine produite cliniquement – dans le laboratoire de la clinique – sera éventuellement distincte de médecines produites ailleurs et par des voies différentes, si celles-ci rompent l'amarrage au moment originaire qu'est la demande du malade. Ainsi, l'essai thérapeutique randomisé, la biopolitique, demain l'intelligence artificielle, façonnent-elles des médecines différentes voire concurrentes de la médecine issue du laboratoire de la clinique – certains discours le font accroire –, ou bien sont-elles des excroissances de la clinique qui en augmentent certaines capacités d'agir... cliniquement ?

Le signifiant laboratoire convoque l'expérience à une place centrale : l'expérience vécue d'un parlant au corps souffrant motive une demande adressée – la clinique est le lieu de cette adresse ; l'expérience du médecin lui confère une certaine adresse dans la réponse ; malade et médecin inaugurent une expérience objective et subjective qui prend l'allure d'une expérimentation. La clinique est aussi expérimentale au sens où ce qui s'y déroule n'est pas entièrement prévisible : la tentative est un essai, le laboratoire le lieu de son élaboration.

La visée de cette thèse est d'avancer un certain nombre de propositions pour la médecine d'aujourd'hui qui puissent tenir lieu de viatique au praticien. Qu'il ait besoin de secours est attesté. Que ce soient les derniers avant l'extinction de la clinique – annoncée par les demi-habiles – est contestable, et peut être réfuté. Il faut en passer par une clinique de la clinique, lui appliquer sa propre méthode. Si la médecine est en crise, il lui faut découvrir, redécouvrir, sa normativité spécifique. Ce travail s'y emploie. L'examen des données de la clinique expose ce qui y a lieu, raconte ce qui s'y passe : des corps sont observés, scrutés, auscultés ; des demandes sont adressées, appelant une réponse, sollicitant le savoir ; des indices alimentent une construction, un diagnostic qui prépare à l'action. Ainsi mise à nu, la clinique exhibe des écarts avec l'image qu'on attend d'une médecine de progrès : le corps mène une double vie, demande et besoins ne sont pas identiques, la parole n'est pas une transmission de messages univoques, le raisonnement tient davantage de la persuasion que d'un algorithme, les affects brouillent toutes les pistes, etc. Tel est le tableau clinique de la clinique, qui formera notre première partie. Sa théorisation balbutie, cette clinique vacille sur ses bases, soumise à des critiques qui la mettent en crise : elle est sommée de répondre de la validité des connaissances dont elle use,

¹ Au théâtre, le praticable est le « décor où l'on peut passer, sur lequel on peut marcher ». Cela renvoie à l'idée d'un dispositif scénique de la clinique, mais aussi aux dispositions subjectives du praticien, qui autorisent ou limitent les modalités d'expression du malade.

Introduction

de clarifier son destinataire et sa finalité ; le pouvoir que la médecine a sur nos vies fait l'objet de contestations mais aussi d'attentes difficiles à démêler ; son autorité est d'autant plus contestée que l'information circule, que des garanties sont exigées, que la transparence est requise. La crise de la médecine a de nombreuses facettes qui la forcent à mener une analyse critique de ce qui la constitue : temps d'un diagnostic critique qui forme notre deuxième partie. Ce diagnostic est aussi une critique des critiques et des inflexions adoptées par la médecine pour y répondre. Il appelle à entrer dans une expérience – prenant la forme d'une exploration philosophique – destinée à ressaisir, dans la grammaire fondamentale de la pratique elle-même, les éléments d'une théorisation. La troisième partie dégage ainsi les linéaments d'une philosophie médicale qui trouve son origine dans les racines de la clinique. Philosophie pratique d'une pratique spécifique, qui poursuit presque une chimère : comment théoriser ce qui semble échapper à la théorie ? Nous aurons recours à des concepts anciens : *tekhnē*, expérience, vertu, plaisir, beauté, sensations..., trouvant dans la tradition des racines à même de soutenir une construction vacillante.

Le matériau brut qui se trouve ici analysé est donc la pratique clinique de la médecine. Comme praticien en exercice, nous sommes aux premières loges même si nous prenons quelque recul et dans un certain embarras de ne pouvoir aisément nous défaire d'une immersion perceptive et active. Immergé, peut-on se trouver dans la position du spectateur désintéressé, lequel, si on en croit Kant² et Arendt³ qui le commente, est seul à pouvoir rapporter correctement l'action en cours ? Il apparaît que non. Mais de même qu'en théorie de la connaissance, on admet que l'esprit soit en partie une conséquence du monde auquel il donne du sens⁴, de même on prendra son parti de devoir renoncer au réalisme cognitif.

Mais, novice en philosophie, un médecin peut-il se risquer à explorer philosophiquement la matière qui lui est la plus familière ? Dans l'introduction de son essai « Le normal et le pathologique », Canguilhem affirme le contraire : pour la philosophie, « toute matière étrangère est bonne », et même « toute bonne matière doit être étrangère »⁵. Plus encore, s'il concède que revient aux médecins et non aux philosophes la tâche de rénover la médecine, Canguilhem constate que ce sont les médecins eux-mêmes qui se commettent volontiers à « certaine littérature pseudo-philosophique » dont ils sont « la proie et la victime » et « dans laquelle médecine et philosophie trouvent rarement leur compte »⁶. Nous nous abritons alors dans l'ombre de Wittgenstein : « pour pénétrer dans les profondeurs, point n'est besoin de faire un grand voyage ; tu n'as même pas besoin de quitter ton environnement le plus proche et le plus habituel »⁷.

² KANT Emmanuel, *Le conflit des facultés en trois sections* (1798), trad. J. Gibelin, Paris, Vrin, 1988, p.101 sq.

³ ARENDT Hannah, *Juger, Sur la philosophie politique de Kant*, trad. M. Revault d'Allones, Paris, Seuil, « Points Essais », 1991, p.87-8.

⁴ DESCOLA Philippe, *L'écologie des autres. L'anthropologie et la question de la nature*, Versailles, Quae, 2011, p.25.

⁵ CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique* (1966), Paris, Presses Universitaires de France, Quadrige », 4^e éd., 1993, p.7.

⁶ Ibid., p.8.

⁷ WITTGENSTEIN Ludwig, *Remarques sur la philosophie de la psychologie, volume I*, trad. Gérard Granel, Mauvezin, T.E.R., 1989, §361, p.89. Désormais RPPI.

Introduction

Aussi faut-il avertir le lecteur de ce point de vue situé. Mais peut-être suggérer aussi que cette position offre des avantages dont ne dispose pas le spectateur désintéressé : où se tiendrait-il d'ailleurs ? La pratique médicale en train de se faire n'a pas réellement de tiers. Le premier avantage est précisément celui de l'intérêt. Si nous sommes intéressés par notre objet d'études, c'est non seulement parce que nous y sommes immergés, professionnellement, et que cette immersion occupe une part significative de notre existence, mais aussi parce que cette immersion dans la situation caractérise de part en part la position du médecin dans son exercice⁸. Il fait partie de la scène dans laquelle il opère, il n'agit pas à distance respectable d'une autre action, celle du malade, ou encore, métaphoriquement, celle de la maladie. S'il configure, au moins partiellement, le « praticable » de l'entretien clinique⁹, il n'agit pas comme un metteur en scène qui fournirait son script à une sorte de double de lui-même jouant le rôle du docteur, mais comme un acteur exécutant une performance dont le script n'est jamais totalement écrit à l'avance. En second lieu, il s'agit bel et bien d'une pratique, et à ce titre, certains aspects ne sont perceptibles qu'à ceux qui y sont pleinement engagés. S'il doit assumer les manquements à l'académisme que provoque l'engagement pratique, il peut faire valoir qu'il espère échapper en partie à l'illusion scolastique. Familier du champ dans lequel il opère, le médecin n'est-il pas bien placé pour s'étonner de ce qui achoppe, de ce qui fait achopper son exercice ? A ce titre, sa pratique se teinte d'*Unheimlichkeit*, et cette matière devenue étrange voire étrangère devient bonne à philosopher selon les exigences de Canguilhem. Les analyses produites de l'extérieur sur la médecine (sociologie, philosophie, économie, politique, etc.) offrent des pistes au praticien qui entend s'arrêter sur un réel régulièrement trébuchant. Des pistes qui sont autant de chemins de traverse, pour éviter une réflexivité stérile. Troisièmement, être inter-essé signifie aussi qu'il y va pour le praticien de son être. Non seulement il paye de sa personne, mais sa subjectivité est en jeu, et d'une manière telle qu'elle ne relève pas seulement de ce qu'on est seul à pouvoir décrire avec le privilège de la première personne, mais aussi de ce qui, de cette subjectivité, ne vient au jour que de manière publique, objective : de même que le praticien se surprend parfois à s'entendre dire ce qu'il a dit (et à ne le savoir vraiment que dans l'après-coup), de même c'est dans l'adresse à l'autre, dans cette représentation (*Darstellung*) qu'il découvre ce qu'il fait, ce qui le fait agir et cogiter. Aussi, c'est dans l'exposition que permet ce travail d'écriture d'une thèse que deviennent plus clairs certains pans qui autrement seraient restés dans l'ombre. Et c'est au lecteur – où on retrouve le spectateur désintéressé de Kant, aussi bien que l'auditeur du mot d'esprit de Freud (*die dritte Person*¹⁰) – qu'est confiée la tâche de juger si la thèse a porté : mais seul aura pu l'énoncer celui qui est y pris dans son être. Aussi nous alternerons l'emploi de la première personne (je ou nous), et celui de l'impersonnel (le médecin) qui a une double valence : description du médecin générique (usage quasi-transcendental « *Le médecin* » – comme idéaltype, ou usage banal – n'importe quel médecin) mais aussi l'impersonnel comme horizon de la subjectivité.

⁸ Il n'est donc pas possible d'adopter la disposition de l'ethnologue, même si des rapprochements sont possibles (« ethnologue doit être capable de vivre en lui la tendance principale de la culture qu'il étudie » ou « la démarche de l'ethnologue suppose l'intégration de l'observateur dans le champ même de l'observation ». LAPLANTINE François, *La description ethnographique*, Paris, Armand Colin, 2015, p.22-23.)

⁹ Lequel praticable est bien entendu soumis à toutes sortes de conditions extérieures de possibilité : un service de santé, des normes réglementaires d'exercice, etc.

¹⁰ FREUD Sigmund, *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient* (1905), trad. Marie Bonaparte et M. Nathan, Paris, Gallimard, 1971.

De ce point, il convient de s'expliquer. Sous une certaine description, la pratique médicale rapportée dans cette thèse est doublement mienne : je rapporte ma position théorique sur ma manière d'exercer¹¹. Chaque médecin habite son rôle, adopte un style, choisit son mode d'exercice, et conçoit, conceptualise, habille de théorie ses manières de faire, sa *Weltanschauung*, etc. Sous cette description, la personnalisation est exacerbée, outrancière, et n'offre alors guère d'intérêt pour autrui, à peine celle d'une curiosité de cabinet : notre pratique est celle d'une médecine hospitalière ordinaire, sans artifices technologiques. Guère d'intérêt, sauf à faire cas d'expériences minuscules qui exposent leurs aspérités empiriques pour rendre compte d'un réel qui résiste à l'analyse. Sous une autre description, la subjectivité se dissout dans l'impersonnel, l'individuation singulière n'étant qu'une modalité d'actualisation de potentialités génériques. Ce qui importe c'est la *dynamis* en tant qu'elle n'est visible que dans son actualisation, en tant que l'actualisation la révèle. C'est pourquoi nous n'analysons pas « notre médecine » mais la médecine, pas « notre façon d'exercer » mais le médecin dans son exercice, ou encore une manière médicale d'exercer la clinique.

Quelques directions de recherche se sont clarifiées au fil des ans. Nous les indiquons à titre provisoire et liminaire. Les affirmations et questions qui suivent seront examinées plus en détail tout au long de la thèse.

1. Il y a une essence de la médecine, des lignes de force qui traversent la longue durée. S'il ne veut pas être réduit à un distributeur de tickets de bienfaits, à un « gate keeper », à un rouage de transmission de la biopolitique, à un producteur d'activité, le médecin a besoin, dans cette époque turbulente, de ressaisir sa pratique en son essence, pour lui garder son efficace.

2. En effet, cet exercice a pour visée la réponse à la demande de l'homme souffrant. Affirmer cet ancrage signifie se donner une architectonique solide. Ceci justifie qu'on se saisira, au fil du texte, de références anciennes aussi bien que contemporaines, sans trop se préoccuper d'anachronismes fautifs. Contrairement aux suggestions qui sont faites à la médecine ou en son sein pour un *aggiornamento* qui s'imprègne des modes – médecine de précision, intelligence artificielle, médecine connectée, etc. – nous ferons fréquemment appel à des indications qui ont traversé les siècles. L'expérience et la théorie de la pratique qui ont été transmises depuis les débuts de la médecine fournissent le socle où se construit l'expérience de chaque médecin. Accorder du poids à l'expérience individuelle n'aurait aucun sens s'il fallait parallèlement faire fi de ce qui a été éprouvé au fil du temps.

3. On dit en effet que la médecine traverse une crise profonde. Cette architectonique serait-elle bancal ? Nous faisons l'hypothèse que sa fragilité apparente est intimement liée à son adaptation à l'objet. Si la base est solide, elle est aussi stable qu'un culbuto. Il faut néanmoins tenter de penser le flou, de le clarifier, même s'il persiste un flou irréductible, propre à l'objet de la pratique et à sa visée. La clinique médicale est une manière spécifique de nouer ensemble trois dimensions « élémentaires » qui s'impliquent mutuellement : corps, demande, savoir.

¹¹ Cet effort de pensée jaillit probablement, comme toute pensée, de l'écart frustrant entre le désir et les satisfactions que procure la réalité.

Introduction

Priméité du corps : la médecine est une pratique du corps en tant qu'il est vivant, c'est-à-dire exposé à (et actualisant) la maladie, la souffrance, la mort.

Secondité de la demande : souffrance et maladie motivent une demande, parfois seulement un cri, une plainte. Socialité minimale : l'appel à l'autre (Hilflosigkeit et Nebenmensch).

Tiercéité du savoir : répondre à la demande, développement du savoir. Visée de science. Retour au corps, pouvoir sur le corps. Le savoir sur le corps retentit sur l'expérience du corps, la perception des besoins, la modulation de la demande.

Le langage, la parole, les discours, traversent, imprègnent, envahissent chacune des dimensions : corps, demande, savoir sont des dit-mensions de la pratique clinique.

4. Il n'y a pas de corps vivant humain sans langage. Les traces corporelles sont des signes à interpréter, avant d'être ordonnés dans une rhétorique particulière. Des corps se touchent, des mots s'échangent. Quel est le corps, mais aussi le sujet, « admis » de fait sinon de droit dans la clinique médicale ? A quels processus – individuation, subjectivation, normalisation – participe la médecine, de bon ou mauvais gré ?

La demande du malade installe le langage au centre de la rencontre clinique. Elle exprime des besoins, s'y glisse le désir. On croit trop vite la réduire à la communication univoque de besoins objectifs. La demande d'amour fait trébucher le savoir.

Quelle est la langue du savoir ? Est-ce bien le discours de la science ? La médecine y loge des attentes légitimes. Pourquoi sont-elles déçues ?

5. Le point de départ de la clinique est une intrication symptomatique (le symptôme du malade, au sens large : sa synthèse malade, son enchevêtrement singulier et contingent – même s'il existe des agencements réguliers dans la nature des corps, des règles de grammaire, une ratio de l'entendement et une logique) entre corps, demande et savoir.

L'opération diagnostique est l'analyse critique, le démontage, le *dénouage*, de cette complexion symptomatique : qu'est-ce qui – dans ce qui fait cas – se dit selon le corps (lui aussi dans des dimensions multiples, symbolique, réelle, imaginaire) ? Qu'est-ce qui dans la demande revient aux besoins, ressortit du désir, reflète la répétition mortifère ? Qu'est-ce qui relève d'un savoir (et duquel ?, car sont mêlées ici l'expérience vécue, l'expérience acquise du praticien, les connaissances générales des « lois de la nature », et un savoir insu – le « savoir inconscient » – de part et d'autre). Faute de repérage, l'action du médecin risque de tourner court. Il s'agit de tout autre chose que de la « prise en charge globale du patient », ou de sa saisie holistique bio-psycho-sociale : ici il s'agit de défaire, de produire une *critique*.

6. L'opération thérapeutique – au sens large : médications, paroles, opérations chirurgicales, prescriptions de soins paramédicaux, etc. – est en quelque sorte le *dénouement* de l'opération diagnostique de *désintrication*, en vue d'un nouveau nouage : la visée commune de l'acte médical est que le patient puisse *renouer* avec sa santé. Dénouement : « action de résoudre les difficultés, d'y mettre fin; résultat de cette action », indique le dictionnaire. La thérapeutique a pour but de résoudre une difficulté mais la normativité propre au patient conditionne aussi la nouvelle forme de vie, après la maladie, avec elle, malgré elle : nouveau nouage. L'intrication corps/demande/savoir-pouvoir est en quelque sorte spontanée. Possibilité

est donnée, par la thérapeutique, d'expérimenter (par le malade) d'autres nouages que celui qui l'avait amené à chercher de l'aide. Définir une autre (nouvelle) normativité, y compris (et surtout) quand la maladie est chronique et ne peut être guérie. Le malade conquiert un nouveau savoir et de nouveaux pouvoirs sur son expérience. Il se situe autrement par rapport au corps, aux autres, au savoir.

La clinique médicale est donc une succession d'analyses et de synthèses. Si elle est une technique de *remédiations* diverses qui produit des effets corporels objectifs, ces *remédiations* sont autant de *dénouages*/raboutages qui ne laissent pas forcément une trace visible.

7. Cette opération particulière de la clinique, qui analyse et reconfigure la complexion corps/demande/savoir, se donne à voir plutôt comme un entrelacs de fils hétérogènes. On les présentera comme autant de tensions entre deux polarités opposées : par exemple, la médecine est-elle un art ou une science ? Son objet est-il le malade ou la maladie ? Certains de ces paradigmes méritent d'être déjoués, sauf à se résigner à devoir opter pour l'un ou l'autre de ces pôles. Pour éclairantes qu'elles soient, ces oppositions jettent une ombre portée sur la pratique, et certaines dimensions demeurent cachées. Nous tenterons de faire valoir, après avoir assuré l'assise épistémologique de la pratique dans le cadre de la *tekhnē* (τεχνη), l'intérêt que comporte une critique de la pratique qui l'examine sous l'angle de l'esthétique et de l'érotique. Il sera possible alors d'esquisser les contours d'une éthique qui soit une *érosthétique*, éthique traversée d'une esthétique et d'une érotique. Ce que nous voulons montrer, c'est que c'est la clinique qui les détermine : esthétique, érotique et éthique se « déduisent » de la clinique. Ce sont donc respectivement une esthétique médicale, une érotique médicale, une éthique médicale.

Leur actualisation – donc leur individuation pour chaque praticien – tient aussi à d'autres déterminations : la médecine est poreuse, les médecins influençables. Si ces déterminations sont plus fortes que la clinique elle-même (dans sa tradition vivante), au lieu d'avoir une clinique dont découle une « érosthétique » particulière, on aurait un milieu, une érosthétique dans l'air du temps, qui finiraient par éroder la clinique.

8. L'esthétique regroupe l'esthésie (*aisthēsis* αἴσθησις), les perceptions du médecin (sa réceptivité aux traces à partir desquelles il construit sa démarche diagnostique), son jugement (jugement de goût et jugement réfléchissant), mais aussi la norme appréciative de son activité (la belle ouvrage, le plaisir pris à l'activité, la sobriété du recours aux examens complémentaires). Appréhension du corps malade, attention délicate à la demande, mise en correspondance de la singularité du cas avec les connaissances générales, l'esthétique médicale permet de percevoir l'intrication symptomatique des dimensions corps/demande/savoir.

*Ici aussi la langue est « pervasive » : l'esthésie du praticien se fait attentive à celles – souvent exacerbées – du malade qu'il dit dans sa langue. Mais il y a aussi une esthétique du bon mot, de la parole juste qui vient à point nommé (le *kairos*).*

9. Par érotique, on entend subsumer non seulement tout ce qui entre en considération à cause du lien très particulier qui se tisse du fait du dispositif médical lui-même, mais aussi ce qui est logiquement antérieur à ce dispositif : couplage du cri de l'*Hilfflos* et de la réponse du *Nebenmensch* (Freud) ; chez Levinas, la première réponse à l'appel est une réponse médicale.

Le mot érotique est volontairement suggestif tout en restant équivoque : il s'agit en effet du transfert et du contre-transfert. Leur étude frontale n'a plus cours en médecine – l'a-t-elle jamais été ? – mais on se perd dans les méandres de leurs lointains avatars. Se demande-t-on assez ce que empathie, compassion, sollicitude, etc., ont à faire avec le désir du médecin ? Mais il s'agit aussi du corps malade, affecté dans son économie érotique, où s'origine la demande de savoir et de pouvoir adressée au médecin. Donc demande d'amour, corps érotisé, à quoi répond quel savoir de l'amour, sur l'amour ? La langue est celle qui dit et tait l'amour.

10. Ethique pourrait figurer ici comme une concession à l'air du temps, qui voit l'inflation morale soit comme une réponse nécessaire « au manque d'humanisme » de la médecine, soit au contraire comme une réaction frileuse aux progrès combinés de la numérisation de nos vies et de l'équipement prothétique de nos corps. Il ne sera pas question ici de bioéthique, mais de l'éthique impliquée par la pratique. Se positionner dans l'esthétique et dans l'érotique relève d'une éthique, c'est-à-dire de la réponse donnée – par chaque acteur quand il agit délibérément – à la question qu'il se pose : comment faire pour bien faire ce que je dois faire ? Il apparaîtra utile de ressortir de leurs étuis de naphthaline des notions aussi ostensiblement désuètes que vertu, courage, tempérance.

Le point de départ de ces réflexions sur la médecine est ancien. Quand j'étais étudiant, j'étais autant passionné par la composition de l'ADN que par le caractère énigmatique du désir de soigner. Le choix de la spécialité de médecine interne coulait de source : c'est une des rares spécialités pour laquelle rien de ce qui surgit dans la clinique ne saurait être décrété *a priori* étranger. Toute situation rencontrée mérite examen, c'est-à-dire mérite d'être élevée au rang de cas, de ce dont il faut faire cas. Au cours de ma formation de troisième cycle, j'étais étonné de la souplesse d'esprit de quelques-uns de mes maîtres d'apprentissage, aussi rigoureux dans leurs recherches fondamentales que dans la méthode d'investigation clinique et le raisonnement diagnostique, aussi inventifs dans l'imagination théorique que dans l'abord du malade souffrant. Comme les études médicales offrent plus de voies de recherche formalisée dans le registre des sciences biologiques, j'ai cherché, en contrepoint de la recherche en immunologie¹², d'autres directions susceptibles de creuser un questionnement suscité par des situations cliniques, des rencontres avec les malades qui ne cessaient d'être surprenantes, et de constituer aussi bien des énigmes diagnostiques que des défis thérapeutiques. Ce qui m'est apparu le plus important tenait au régime de la parole et du langage, à l'accueil de la singularité subjective du malade dans une pratique tiraillée par l'hétérogénéité des fils qu'elle ne cesse de devoir tisser. La position instable du funambule m'apparaît toujours préférable à la dichotomie qui s'instaure insensiblement entre – caricaturalement – des techniciens froids d'une machine corporelle et des « humanistes » contempteurs des avancées biotechnologiques. Cette ségrégation se trouve aujourd'hui presque renforcée par certains discours sur le (prendre) soin qui accentuent la polarité entre les extrêmes que seraient le « cure » et le « care », comme si chaque médecin était tenu de choisir son camp. Si nous voulons maintenir l'unité de la pratique médicale – et vouloir cela n'est pas le dernier soubresaut qu'imprime la nostalgie devant un monde qui se défait, mais un des frémissements de la médecine nouvelle qu'appellent les défis

¹² Nos travaux ont porté sur les gènes d'immunoglobulines utilisés pour la synthèse d'auto-anticorps.

vitaux à relever – il revient à l’analyse critique de dégager les lignes de force qui peuvent étayer la trame du tissu que la clinique fabrique, plutôt que de se focaliser sur des clivages qui la disloquent. La clinique offre alors cette disposition presque tranquille du culbuto¹³ – figure quasi antonymique du funambule – qui affronte les vents contraires sans craindre d’être immédiatement mis à terre. Sur le front de ce combat, car c’en est un, il nous semble absolument capital de ne pas accélérer la séparation qui commence à désunir les deux pôles des multiples oppositions paradigmatiques qui traversent la pratique médicale de leurs antagonismes. Ce n’est pas l’opposition elle-même qui est problématique, mais la rupture de la tension : pour marcher en équilibre sur un fil, il est utile qu’il soit tendu entre deux pôles en opposition. Et pour le tisserand qui tresse l’assise du culbuto, est nécessaire toute une trame de ces fils tendus. Certaines évolutions de la médecine ressemblent à des ruptures théoriques et pratiques (ce qui signifie l’abandon de la tension paradigmatique), par exemple entre traiter une maladie (la médecine spécialisée hospitalière) et soigner un malade (quelques généralistes), entre savoirs statistiques et clinique du cas particulier, entre biotechnologies et pratique narrative, etc. Aussi, si certains paradigmes doivent être déjoués¹⁴, c’est en tant qu’ils forcent à choisir l’un des termes. Ce n’est pas une coquetterie intellectuelle, mais c’est maintenir la possibilité d’une médecine, c’est à dire d’une certaine modalité de réponse à la demande du malade.

Chemin faisant, on lira ici ou là des fragments cliniques sous une forme narrative : c’est parfois la seule manière d’illustrer un embarras conceptuel. Ils ouvrent une fenêtre sur le monde qu’on s’emploie à décrire à un locuteur qui ne le connaît pas encore sous tous ses aspects¹⁵. Plusieurs de ces fragments ont trait à des situations qui exhibent comme sous un verre grossissant les difficultés pratiques de la clinique quotidienne : malad(i)es di(te)s psychosomatiques, symptômes « médicalement inexplicables », addictions en tous genres, ces malades souvent marginalisés dans et par le discours universitaire forment en quelque sorte la partie émergée et mieux visible d’un iceberg dont on soupçonne à peine l’importance dans d’autres cas. Si on ne souhaite pas voir le Titanic de la médecine se disloquer contre l’iceberg de la subjectivité, il convient en particulier de pouvoir manœuvrer en en tenant compte. Cela signifie déjà d’admettre que la subjectivité a sa part dans la clinique corporelle, la parole, le savoir, la décision, etc. Cela suppose ensuite d’en faire la part, c’est-à-dire de la prendre en considération, pas forcément de lui faire la part belle (nos propos visent avant tout la médecine

¹³ Ce jouet traditionnel prend volontiers la forme d’un bonhomme ; sa base arrondie est lestée de telle sorte que, soumis à des pressions renversantes, il se redresse toujours.

¹⁴ BARTHES Roland, *Le Neutre, Cours au Collège de France (1977-1978)*, texte établi par Thomas CLERC, Paris, Seuil-Imec, 2002.

¹⁵ Mais parfois, l’exemple est la chose même. Freud écrit ceci, à propos de « L’homme aux rats » : « dies Beispiel ist das Ursprüngliche und Eigentliche selbst » (cet exemple – donné par le patient – constitue la pensée primitive et véritable – que la généralisation était destinée à cacher) FREUD Sigmund, « Remarques sur un cas de névrose de contrainte » (1909), in *Œuvres complètes, vol IX*, Paris, Presses Universitaires de France, 1998, p. 131-214. Dans le *Journal de cette analyse*, l’expression est plus directe : *Beispiel est die Sache selbst* (FREUD Sigmund, *L’Homme aux rats, Journal d’une analyse* (1909), Paris, Presses Universitaires de France, 1984). Assoun, qui souligne l’emploi du français est, en fait un paradigme de la métapsychologie freudienne (ASSOUN Paul-Laurent, *Introduction à la métapsychologie freudienne*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2013, p.35 sq.). « L’exemple est la chose même » a ensuite connu une belle fortune et la formule est souvent reprise. Sur ce point voir ASSOUN Paul-Laurent, « L’exemple comme la chose même. Le cas et son sujet », *Psychologie Clinique* 2017/2 ; 44 : 86-98.

somatique, pas la psychiatrie). Mais en réalité il ne s'agit pas tant de faire la part du subjectif, de distinguer ce qui lui revient par rapport à l'objectif (repérage utile *prima facie* mais finalement aporétique), que de *lui faire sa part*, c'est-à-dire de lui conférer l'importance qui lui revient et d'en tirer les conséquences pratiques. Dans cette entreprise, la psychanalyse m'est apparue comme particulièrement féconde pour éclairer des pans entiers de la pratique médicale qui sont le plus souvent l'objet d'une certaine inattention, mais aussi parfois de maladroites¹⁶. On trouvera dans ce travail, non seulement des références explicites à la psychanalyse, mais aussi l'empreinte du champ freudien. Nous n'ignorons pas qu'il est possible voire aisé de monter en épingle les différends entre psychanalyse et philosophie¹⁷, souvent présentées en tension réciproque mais aussi en correspondance étroite¹⁸. Mais ce sont là des discussions dont l'intérêt académique risque d'obscurcir celui de la médecine : il se porte vers des champs variés sans avoir à se préoccuper – *a priori* – de leurs disputations¹⁹. Celles-ci ne nuisent en rien à la fécondité du questionnement qu'elles permettent d'adresser à la médecine.

Lorsqu'il m'a été proposé de reprendre puis de développer l'enseignement de l'éthique médicale, j'ai commencé à frayer certains sentiers philosophiques, comme autant d'opportunités de pratiquer une analyse critique, de poser de nouvelles questions, d'interroger la réalité commune d'une manière nouvelle, de passer des expériences vécues et traversées aux concepts de ces expériences. L'engagement dans une thèse de philosophie a été une opportunité de ressaisir le parcours accompli, d'en tirer littéralement une méthode, mais aussi et avant tout une opportunité de soumettre à un public, fût-il restreint, la pertinence des propositions avancées. De nombreux travaux préparatoires²⁰ et quelques publications ont précédé l'inscription formelle dans une école doctorale²¹.

Toutefois, le parcours accompli n'était pas une trajectoire rassemblant un point de départ et un point d'arrivée. Tenter de s'orienter dans la pensée de la pratique médicale – pour soigner l'incertitude énigmatique qui la traverse – confronte à une profusion de doctrines, de modalités d'analyse, d'idées qui se bousculent. Ce travail conserve la marque de nos hésitations, des

¹⁶ « M'est apparue » indique aussi un effet de relecture qui n'est pas académique : la psychanalyse aura été un laboratoire, un lieu d'élaboration critique de ma position médicale.

¹⁷ Pour un bref aperçu, voir VANIER Alain, « Après Lacan, psychanalyse et philosophie », *Cités* 2014/2 ; 58 :75-86.

¹⁸ Pour un exercice de ce type voir BAAS Bernard, *Y a-t-il des psychanalystes sans-culottes ? Philosophie, psychanalyse et politique*, Toulouse, Erès-Arcanes, « Hypothèses », 2012.

¹⁹ Pour un examen plus approfondi, montrant par ailleurs qu'il y a des philosophies et, sinon des psychanalyses, du moins des points de vue variés des psychanalystes sur la philosophie, voir : BIBLIOTHEQUE DU COLLEGE INTERNATIONAL DE PHILOSOPHIE, *Lacan avec les philosophes*, Paris, Albin Michel, 1991.

²⁰ Pour l'essentiel, ils ont été exposés oralement dans un séminaire de recherches proposé dans le cadre du master d'éthique de l'université de Strasbourg, mais ouvert à toute personne intéressée par les points mis à la discussion. Les thématiques abordées ont été les suivantes : Ethique et relations d'expertise, médecine et normativité (2005-2006) ; Le statut de la médecine, de l'épistémologie à l'éthique des pratiques (année 2006-2007) ; Le sujet autonome et son médecin : entre procédures et souci de soi (2007-2008) ; Autonomie du patient, autonomie du médecin dans la biopolitique contemporaine : l'art d'accommoder les restes ? (2008-2009 et 2009-2010) ; Figures du pouvoir dans la pratique médicale : de l'autorité à la surveillance (2010-2011) ; Tous vulnérables ? (2011-2012) ; (Dis)position(s) du clinicien (2012-2013) ; Funambule et culbuto -(Dis)position(s) du clinicien II (2013-2014) ; après une année de jachère (2014-2015), et dans l'optique de la thèse, nous avons mis plus spécifiquement au travail les trois dimensions de l'esthétique (2015-2016), de l'éthique (2016-2017) et de l'érotique (2017-2018) dans la pratique médicale.

²¹ Le nom de l'ED 540 « Ecole doctorale transdisciplinaire Lettres/Sciences » et le fait qu'elle « accueille des thèses aux interfaces entre sciences exactes et sciences humaines et sociales » ont contribué à m'encourager dans cette voie.

méandres dans la pensée, des obstacles qui s'opposent à proposer une perspective théorique unifiée. Nous ne pouvons en extraire ni une ontologie du corps, ni une métaphysique du rapport entre corps et âme, ni un *fondement* philosophique de la pratique²². Mais quand on cherche à s'orienter, que ce soit en médecine ou en philosophie, « il ne faut pas craindre alors de déambuler, de flâner, de dériver, de divaguer, et à l'occasion d'errer²³ ». Le développement de certains aspects se trouve parfois fragmenté en différents endroits de la thèse. Nous avons pris des chemins de traverse par rapport aux grandes orientations de la philosophie de la médecine que sont l'épistémologie, l'éthique et la philosophie du soin. Si notre analyse critique nous amène à proposer quelques affirmations philosophiques sur la médecine, elles gardent l'empreinte des marges empruntées. Ce sont des fragments d'une philosophie médicale provisoire qui vise à sa propre transformation, des expérimentations d'ordre philosophique dont l'objet est la clinique médicale comme laboratoire de la médecine. Si elle prend parfois l'allure d'un point de vue englobant, cette thèse assume n'être qu'une fiction doctrinale.

Une fiction, car elle organise une narration – incomplète, « fragmentuelle » dirait Barthes. Non pas un savoir en surplomb sur la médecine, mais des affirmations qui prennent leur source dans l'expérience ; au mieux un retour réflexif. Aussi cette fiction, si elle donne à voir la pratique clinique, en exhibe aussi le point aveugle. Pour limiter les dégâts prévisibles – le miroir tend son piège à Narcisse qui finit par se noyer –, l'usage immodéré de la philosophie est un point de méthode. Des philosophes ont traité explicitement de la médecine (Descartes, Canguilhem, Foucault, Gadamer), d'autres se sont servis régulièrement de la médecine comme d'un exemple remarquable (au premier chef Platon et Aristote), d'autres encore ont exposé des thèses qui interpellent la médecine en traitant d'autres objets (ainsi encore Platon et Aristote, mais aussi Spinoza, Kant, Wittgenstein, Levinas). Nous en avons fait usage comme autant d'outils d'analyse, permettant de mettre au jour des articulations autrement invisibles, sans nous préoccuper par exemple de la théorie des Idées de Platon, ou de la perspective politique d'Aristote.

Une doctrine, car elle ne peut qu'être fautive, c'est-à-dire ici in-exacte ou, plus positivement, approximative. Les théories générales « ne sont que des vérités partielles et provisoires qui nous sont nécessaires (...) pour avancer dans l'investigation »²⁴. Toutefois, cette fiction doctrinale espère aboutir à autre chose qu'une simple interprétation du monde de la clinique ; son vœu, son motif, c'est de le transformer²⁵. Autrement dit, d'apporter une contribution – philosophique – à la clinique comme laboratoire de la médecine. Notre analyse critique aura alors été une philosophie médicale.

Le cheminement capitulaire de la thèse reproduit d'une certaine manière celui de la clinique. Son point de départ est la situation initiale de l'expérience clinique : le corps, la demande, et les savoirs que l'un et l'autre mobilisent pour qu'il en soit fait cas (Première

²² Comme ont pu le faire par exemple Pellegrino et Thomasma. PELLEGRINO Edmund D, THOMASMA David C, *A philosophical basis of medical practice. Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*, op.cit.

²³ MACHEREY Pierre, *S'orienter*, Paris, Kimé, 2017, p.12.

²⁴ BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris, Garnier-Flammarion, 1966, p.69.

²⁵ « Les philosophes n'ont fait qu'interpréter le monde de différentes manières, ce qui importe c'est de le transformer ». MARX Karl, *Thèses sur Feuerbach*, Marxiste Internet Archive, www.marxiste.org.

Introduction

partie, qui s'achève par la supposition d'une rencontre impossible entre la médecine et les corps parlants). Des obstacles sont dressés, des objections sont adressées, aux tensions internes à la médecine s'ajoutent des pressions exercées de l'extérieur : autant de défis lancés à la pratique, qui font trébucher son idéologie implicite et obligent à une analyse qui sera conduite selon quatre directions critiques : la médecine est en effet questionnée sur son assise épistémologique, ses finalités, la légitimité et les modalités de ses pouvoirs, et d'autant plus que se transforme radicalement l'accès à l'information (Deuxième partie). Il convient alors de tenter de relever ces défis, d'y apporter des réponses, pour que puisse être ressaisie la clinique autrement que ballottée aux quatre vents. Dégager les racines de la clinique – la radicaliser, littéralement – ce sera faire jouer la *tekhnē* et mobiliser l'expérience pour relever le défi épistémologique, passer par l'esthétique et l'érotique pour aborder autrement l'éthique de la clinique (Troisième partie). La pratique médicale se laisse décrire sous une multiplicité d'aspects, au point de prendre l'allure d'un kaléidoscope. Certains d'entre eux n'ont pas été abordés comme ils le mériteraient. Ainsi, nous n'avons fait qu'effleurer le rôle politique du médecin ou la place des biotechnologies, et à peine mentionné le droit ou la bioéthique. D'un autre côté, nous n'avons pas cherché à gommer toutes les répétitions qui sont autant la mention de ce qui insiste – des lignes de force. Le désagrément qu'elles peuvent procurer est atténué – nous l'espérons – par la cohérence propre de chaque chapitre lu isolément.

PREMIERE PARTIE

LES DONNEES DE LA CLINIQUE

« Plus notre examen du langage effectif se précise, plus s'aggrave le conflit entre ce langage et notre exigence (...). Mais nous voulons marcher, et nous avons besoin de *frottement*.

Revenons donc au sol raboteux !

Wittgenstein¹

¹ WITTGENSTEIN Ludwig, *Recherches philosophiques* (1953), Paris, Gallimard, 2004, § 107, p.83.

Si on aborde la médecine (somatique, pour la distinguer de la psychiatrie) par le versant de la pratique, elle s'apprécie à gros traits de la manière suivante : celui qui se sent physiquement malade s'adresse au médecin, lequel tâche de déterminer ce qui occasionne les symptômes corporels afin d'intervenir efficacement. Le temps du diagnostic précède celui de la thérapeutique. Il est donc question du corps, de besoins ressentis et exprimés, d'une rencontre, de paroles échangées, dans une perspective commune : trouver une solution au problème de santé, une fois ce dernier objectivé – déterminations subjectives comprises – et délimité. Le médecin construit un raisonnement pratique, destiné à fonder l'action thérapeutique.

Cette simplicité apparente est toutefois trompeuse, sitôt qu'on entreprend d'y regarder d'un peu plus près. Quel est ce corps sur lequel le médecin relève des indices de l'existence de la maladie ? Comment s'y prend-il pour repérer les traces significatives ? Comment s'entrecroisent les plans de la matière et du langage ? Un premier chapitre consacré au corps montrera l'écart qui sépare les embarras de la clinique des savoirs théoriques.

Faut-il distinguer les besoins du corps et la demande d'un sujet ? Peut-on seulement le faire ? Le second chapitre déploiera quelques arcanes de la demande adressée au médecin.

Il se dégage alors l'impression d'un bricolage, bien loin de l'image d'une science appliquée. Le troisième chapitre entreprend de rassembler cette démarche diagnostique, qui s'appuie sur des traces corporelles et des indices langagiers, sous les traits d'une opération rhétorique. L'intérêt de l'emprunt à la rhétorique est de pouvoir rendre compte de trois dimensions - comportement, émotions, raisonnement et paroles, (ethos, pathos, et logos) – conjointes dans une visée persuasive. Cet habillage savant exhibe plus qu'il ne cache les points vulnérables de ce bricolage, qui font le lit des crises qui seront examinées dans la seconde partie.

CHAPITRE I. CORPS

« Une science est encore à naître qui se préoccupera de l'approche des vivants, de leur contact, de leur retrait, des mouvements de leur corps et de leurs membres. Science qui serait celle de la solitude de l'homme, et par là, celle de l'homme même : c'est pourquoi elle n'a encore tenté personne ».

Reverzy¹

« Mon corps est cette partie du monde que mes pensées peuvent changer, car les maladies imaginaires peuvent devenir réelles. Dans le reste du monde, mes hypothèses ne troublent point l'ordre des choses »

Lichtenberg²

« Affirmer que l'animal humain conserve un détachement à l'égard de sa propre vie, des pulsions qui le meuvent, de la langue qu'il habite, équivaut à affirmer que l'animal humain n'est pas cette vie, ces pulsions, cette langue, mais qu'il les a.

Virno³

¹ REVERZY Jean, « Place des angoisses » (1956), *Ceuvres complètes*, Paris, Flammarion, 2002, p.238.

² LICHTENBERG Georg Christoph, *Le miroir de l'âme*, trad. Charles Le Blanc, Paris, José Corti, 1997, p.462.

³ VIRNO Paolo, *L'usage de la vie et autres sujets d'inquiétude*, Paris, L'Eclat, 2016, p.20.

La médecine opère sur le corps. Mais est-ce que la médecine intervient sur « mon » corps ? A la fin de son livre, récit d'expérience et quête philosophique, Philippe Petit affirme que non, sans pour autant pouvoir définir « son » corps¹. Je propose de renverser la perspective. La médecine intervient bien sur « mon » corps, et elle fournit l'occasion d'éprouver la difficulté qu'il y a à le déterminer. Il faudrait certes prendre beaucoup de précautions avant d'employer un terme aussi complexe ou ambivalent que celui de corps², ce « produit le plus tardif, le plus longuement décanté, raffiné, démonté et remonté de notre vieille culture »³. Nous retenons comme point de départ l'option du sens commun car c'est ainsi que les médecins travaillent avec et sur le corps : chacun se présente aux autres grâce à ce corps qui est le sien, l'individualité humaine est constituée par la conjonction d'un corps vivant et d'un nom propre⁴. Nous avons l'intuition que notre corps forme un tout, qu'on veuille le maintenir à distance... de soi, ou qu'on se représente ne faire qu'un avec lui. Bien sûr, le sens commun ne nous affranchit pas de toute difficulté : le langage de la possession par exemple (*mon* corps) peut être inadéquat ou trompeur⁵. Quel genre de possession signale l'expression « j'ai mal aux dents ? ». Ou encore : cette possession n'est pas transférable à un autre corps, et donc il ne s'agit pas à proprement parler d'une possession... Si la personne est en excès sur son corps, elle n'en est toutefois pas le propriétaire (juridique)⁶.

A. SAVOIRS CLINIQUES SUR LE CORPS

La clinique médicale se forge à partir d'un enseignement qui reste dans le fil d'un certain cartésianisme. Le corps « appris » sur les bancs de la faculté de médecine est celui de la *res extensa*, chose matérielle et spatiale, entièrement dans l'étendue. Le corps, cerveau compris, est « toute cette machine composée d'os et de chair, telle qu'elle paraît en un cadavre »⁷. Bien sûr l'imagerie a largement supplanté la dissection des cadavres pour l'apprentissage⁸, et il faudrait corriger aujourd'hui : « toute cette machine telle qu'elle apparaît sur des écrans ». Nous avons dit « un certain cartésianisme », car il n'y a pas de formation à l'étude de l'âme cartésienne, qui supporte l'essence de l'être et est totalement distincte du corps⁹. Les facultés du mouvement, de l'imagination, des sensations, qui traduisaient pour Descartes un certain degré d'union de l'âme

¹ PETIT Philippe, *Philosophie de la prostate*, Paris, Cerf, 2018, p.216.

² Est-ce que Socrate jeune et Socrate vieux ont le même corps ? Dispute philosophique pour laquelle on se référera aux analyses d'Alain de Libera, mais que je trancherai de manière abrupte en choisissant l'option qui répond « oui », même s'il se renouvelle en permanence dans ses parties : DE LIBERA Alain, *L'archéologie du sujet II, La quête de l'identité*, Paris, Vrin, 2008.

³ NANCY Jean-Luc, *Corpus*, Paris, Métailié, 2000, p.9-10.

⁴ Cette option du sens commun remonterait à Locke. BALIBAR Etienne, « Le traité lockien de l'identité », in LOCKE John, *Identité et différence. L'invention de la conscience* [1700], trad. Etienne Balibar, Paris, Seuil, « Essais », 1998, p.9-101.

⁵ GALIMBERTI Umberto, *Les raisons du corps*, Paris, Grasset et Fasquelle, 1998. LEMAIRE François, RAMEIX Suzanne, GHANASSIA Jean-Pierre (dir), *Le corps : à qui appartient-il ?*, Paris, Flammarion, « Médecine-Sciences », 1996.

⁶ HENNETTE-VAUCHEZ Stéphanie, *Disposer de soi ? Une analyse du discours juridique sur les droits de la personne sur son corps*, Paris, L'Harmattan, 2004.

⁷ DESCARTES René, *Méditations métaphysiques*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 1992, p.39.

⁸ CHARLIER Philippe, *Ouvrez quelques cadavres ; une anthropologie médicale du corps mort*, Paris, Buchet et Chastel, 2015.

⁹ Ibid., p.119.

et du corps, localisée dans la glande pinéale, sont étudiées comme relevant de la *res extensa*¹⁰. L'intuition confuse d'un supplément au corps doit être mise à l'épreuve de l'expérimentation, obligatoire pour interpréter la nature¹¹.

A été conservée de Descartes l'idée que, la nature étant trompeuse, la connaissance objective ne peut être assurée que par l'épreuve du doute. A ce prix peut apparaître le corps comme objet de l'observation et de l'expérimentation scientifiques¹². « Le corps humain est une mécanique discernable des autres par la seule singularité de ses rouages : ce n'est tout au plus qu'un chapitre de la mécanique générale du monde »¹³. C'est ce corps, dans sa matérialité, qui est l'objet des sciences biologiques modernes, lesquelles en décrivent, avec une précision croissante, les dispositifs à différents niveaux (grandes fonctions transversales, organes, cellules, molécules). Les progrès de la physiologie, de l'anatomie et de leurs contreparties pathologiques, de la biochimie et de la biologie moléculaire doivent leur apparition à cette objectivation du corps et sont à l'origine d'avancées diagnostiques et thérapeutiques en médecine. Désacralisé, objectivé, scruté, symbolisé¹⁴, le corps pour le médecin est un objet dont le fonctionnement lui devient peu à peu familier. C'est un organisme, donc une « machine » biologique dont les lois excèdent celles de la physique et de la chimie¹⁵. C'est un système, avec des processus de régulation dont on scrute le fonctionnement pour en contrôler les ratages.

Les progrès dans la connaissance de l'organisme humain ont aussi d'autres conséquences moins heureuses. Alors que le savoir cumulé sur le corps ne cesse d'augmenter, le savoir relatif de chaque médecin diminue eu égard à la somme de connaissances disponibles. Le corps étudié par le médecin peine à être encore un corps unifié, un organisme entier au fonctionnement raisonnable, il se diffracte en de multiples systèmes de fonctionnement partiels. La multiplicité des spécialités dans les sciences biologiques et des disciplines médicales fait perdre de vue la globalité organique. L'avènement de la biologie moléculaire va même dans la direction d'une désincarnation, d'une décorporéisation, si bien que le corps comme un tout palpable dans sa matérialité, se disperse en fragments, depuis l'hyper visibilité – trompeuse – de son intérieur représenté en coupes sur des écrans jusqu'à l'expression des gènes, accessible par l'intermédiaire d'un code de chiffres et de lettres. Se creuse donc l'écart entre ces bouts de corps mis en images et en symboles, et l'organisme biologique qui en est au principe. L'imagerie fonctionnelle du cerveau ne rend pas compte de la pensée, la génétique moléculaire ne rend pas compte du fonctionnement d'une cellule vivante, pas plus que la dissection du

¹⁰ Signalons au passage cette note tardive de Freud assignant la dimension de l'étendue à l'appareil psychique : « Psyche ist ausgedehnt, weiss nichts davon » (Psyché est étendue, n'en sait rien), in Sigmund FREUD, « Résultats, idées, problèmes (1938) », in : *Résultats, Idées, Problèmes, II*, Paris, Presses Universitaires de France, 1992, p. 288. Jean-Luc NANCY en fait cas dans *Corpus*, op.cit., p.22-25, et tout au long du livre.

¹¹ Nous avons bien conscience des limites d'une présentation aussi sommaire du corps-machine. Mais une discussion plus approfondie ne nous a pas semblé nécessaire. Sur la conception du vivant comme machine, on peut se reporter utilement à l'étude de Raphaële ANDRAULT, *La raison des corps ; mécanisme et sciences médicales*, Paris, Vrin, « Problèmes de la raison », 2016.

¹² RICHIR Marc, *Le corps ; essai sur l'intériorité*, Paris, Hatier, 1993, p.60-65.

¹³ LE BRETON David, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, Presses Universitaires de France, 1992, p.77.

¹⁴ FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1963. SICARD Didier, VIGARELLO Georges (dir), *Aux origines de la médecine*, Paris, Fayard, 2011.

¹⁵ PROCHANTZ Alain, *La biologie dans le boudoir*, Paris, Odile Jacob, 1995. PROCHANTZ Alain, *Les anatomies de la pensée*, Paris, Odile Jacob, 1997.

cadavre ne livrait les secrets de la vie ou de la mort. Pour la conception globale de l'organisme, le médecin en est souvent réduit aux conceptions du sens commun, un peu teintées de déterminisme biologique. Quant à l'âme, à la vie de l'esprit, à la psyché, force est de constater un certain flou : la métaphysique du discours médical (si cette expression a encore un sens, tant elle semble relever aujourd'hui de l'opinion individuelle) n'est plus celle de Descartes et des mystères de son union avec le corps, ni celle de Spinoza du parallélisme, mais ne se déduit pas non plus d'un matérialisme radical qui ferait du cerveau l'organe de la pensée.

Sa désacralisation n'empêche pas que la « représentation officielle du corps humain aujourd'hui, est un savoir ésotérique, très peu partagé par les contemporains »¹⁶. Pour l'étudiant en médecine, c'est d'ailleurs la découverte progressive d'une terre inconnue. Et même pour le médecin confirmé, il n'y a guère de correspondance entre le corps qu'il éprouve, le sien, et le corps dont il a appris à connaître les rouages. Lors du stage intitulé « anatomie sur le vivant », en troisième année, il s'agissait d'établir les correspondances entre le corps schématisé des manuels d'anatomie, celui visible en tranches plongées dans des cubes de formol ou réduit à un squelette conservé dans la salle de travaux pratiques, et le corps bien concret, le nôtre et celui des camarades de stage. Nous nous étonnions de « réaliser » les projections des viscères à la surface, et avons entrepris de rectifier nos représentations profanes, d'attribuer leur nom savant à toute une série de reliefs, de méplats et de plis. L'intérieur se signifie à la surface : prélude à la sémiologie. Cette mise en correspondance était marquée par deux aspects saillants et liés entre eux : un assez grand nombre de structures profondes offrent des zones de contact, très partielles mais accessibles au toucher, parfois à la vue¹⁷; les liens à établir entre imaginaire et symbolique étaient encombrés de chair vivante et embarrassée : chatouillis, rougissements, sudations, odeurs étaient de la partie¹⁸. Réalité autonome qui se révèle par la socialité, socialité empreinte de gêne qui fait advenir l'intimité.

La démarche scientifique, comme tentative de cerner le réel, « fabrique » donc un corps comme un dispositif objectif mis au-dehors, un corps que l'on ne peut ni vraiment être ni vraiment avoir¹⁹. Si on adopte une lecture kuhnienne²⁰, on peut dire qu'à fonctionner sous le paradigme²¹ de la connaissance objective du corps machine, la médecine en tant que pratique est confrontée à des anomalies non prévues par le paradigme²². Or, selon Kuhn, un paradigme ne se corrige pas, il s'élabore.

L'organisme, le corps dans sa vérité scientifique, n'est « vrai » que dans un domaine de validité restreint, celui du discours scientifique. Or, quand le malade consulte pour un trouble ressenti dans son corps, il tente de faire comprendre ce qu'il éprouve à un autre qui est censé savoir de quoi il en retourne. Le malade ignore que le savoir du médecin sur le corps est un

¹⁶ L'Internet a à peine modifié le constat de l'anthropologue d'il y a presque trente ans : LE BRETON David, *La chair à vif ; usages médicaux et mondains du corps humain*, Paris, Métailié, 1993.

¹⁷ Par exemple, le bord inférieur du foie est palpable ; on peut aussi se faire une idée de la projection en surface de son volume par la percussion.

¹⁸ Pour le dire sans détours : reconstruire sous ses doigts les parois du creux axillaire est une opération facilement perturbée par la pudeur et la honte.

¹⁹ RICHIR Marc, *Le corps ; essai sur l'intériorité*, op.cit., p. 25-31.

²⁰ KUHN Thomas Samuel, *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, « Champs », 1983.

²¹ Paradigme a le sens ici de matrice disciplinaire, pas celui d'un couple d'opposés comme chez Barthes.

²² La conversion hystérique en est l'exemple le plus démonstratif peut-être.

savoir bien délimité et organisé selon un parti-pris unilatéral. Si le médecin peut établir une correspondance entre l'épreuve corporelle du malade et ce savoir particulier, il peut alors communiquer une part de ce savoir dans un diagnostic. Et s'il ne le peut pas ? Sauf à y regarder de plus près, ce qui est normatif en médecine vient du corps organique plutôt que du discours. Or le corps pour tout un chacun est le lieu d'un *autre savoir*, celui du besoin, du plaisir, du déplaisir, de la souffrance, de la jouissance. Ce savoir là est immédiat, il ne fait pas place au doute mais peut laisser perplexe²³. Il échappe néanmoins largement à une investigation objective.

La maladie est pour le malade l'occasion d'une prise de conscience de l'organisme comme tel. En dehors de la maladie, les occasions en sont plutôt rares, ou plus exactement, les perceptions possibles s'annulent par leur répétition quotidienne : réplétion vésicale qui invite à la miction, gargouillements intestinaux de la période digestive, essoufflement de l'effort physique, tout ceci fait partie du paysage commun, celui dont on ne re-prend conscience qu'à l'occasion d'une perturbation. La maladie peut faire découvrir de nouvelles perceptions, des régions du corps dont on ne percevait pas l'existence. Rien de tel qu'une sciatique ou un zona pour apprendre le trajet anatomique des racines nerveuses. Ce corps qui se fait à la fois plus présent et étrangement absent²⁴ par l'intrusion de la maladie, comment en comprendre l'intérieur ? La maladie devient prétexte à s'étudier, autorise à le faire sans honte ni pudeur. Parmi les bénéfices de la maladie, celui-ci est rarement signalé comme tel : avoir le droit, parfois même le devoir, de s'intéresser à et de rendre compte de ce qu'habituellement on cache, les excréments, la transpiration, les pets et autres éructations, les vidanges difficiles, les écoulements incommodants, etc.

Dans la clinique médicale, le praticien dresse l'inventaire de l'état respectif des organes et des fonctions en s'appuyant sur les sensations perçues par le malade. Sur fond d'une représentation plus ou moins savante de la normalité corporelle, c'est par la sémiologie que l'étudiant en médecine débute sa formation à la clinique. Il aura eu auparavant des cours d'anatomie, de biochimie, de mathématiques et de physique, mais il pressent qu'on lui parle enfin de son futur métier quand débute l'enseignement, théorique et pratique, de la sémiologie. Et c'est par la sémiologie qu'il prend connaissance du corps auquel il aura réellement à faire dans son métier futur. Ce corps clinique est en quelque sorte à mi-chemin entre le corps profane et le corps savant, ou plutôt il en forme une curieuse hybridation.

C'est vers ce corps qui a lieu, qui a son lieu dans l'examen médical, que doit s'approfondir à présent l'analyse. Nous décrivons l'usage qui est fait de la sémiologie pour rendre compte de cette clinique corporelle particulière. Et si la sémiologie médicale théorique paraît contrevenir aux canons de la sémiotique, la sémiologie pratique prend aussi ses distances par rapport à la sémiologie académique. Car cette dernière s'expose comme si le signe médical était aussi repérable qu'une tache sur un drap blanc. Il faudra alors revenir en amont du signe pour aller vers le corps qui se donne comme marqué. Nous évoquerons ensuite les multiples vies du corps

²³ Ruwen Ogien le dit à mots couverts : avec la chimiothérapie, il a perdu du poids, et a « presque l'impression d'être un rescapé des camps (ce qui ne me déplaît pas tant que ça pour des raisons qui restent à analyser) ». OGIEN Ruwen, *Mes mille et une nuits ; la maladie comme drame et comme comédie*, Paris, Albin Michel, 2017, p.181.

²⁴ C'est sa présence silencieuse qui supporte l'existence vivante. Tellement présent et tellement silencieux que c'est son absence qui est remarquée.

qui se nouent dans la clinique médicale. En effet, plutôt que de dire, après Barthes, que nous avons plusieurs corps²⁵, nous préférons la fiction d'un seul corps et d'une multiplicité de dimensions, chacune se prêtant à une variété de descriptions, dont aucune ne parvient à les subsumer toutes.

B. LES MARQUES DU CORPS.

« Mon corps m'annonce à moi-même par des symptômes dont le sens ne m'est pas clair. Mon médecin, c'est celui qui accepte de moi que je voie en lui un exégète avant de l'accepter comme réparateur »²⁶

Canguilhem

L'importance croissante de l'imagerie et de la biologie ont pu faire croire ou craindre que la clinique médicale avait perdu de son importance, voire qu'elle se démodait aux antipodes de l'idéal scientifique²⁷. Pourtant, la sémiologie garde un aspect fondamental pour la médecine contemporaine. D'un point de vue pragmatique (mais qui a également une dimension économique – sobriété –, esthétique – la rigueur de la démarche –, et morale – ne pas nuire), il faut choisir parmi les investigations complémentaires celles qui s'avéreront les plus pertinentes pour le diagnostic, sauf à faire subir au malade tous les examens possibles (ce qui est irréaliste, ruineux, laid et nuisible). Or le choix est l'aboutissement de la construction d'une hypothèse explicative pour les symptômes et les signes observés, dont la qualité est tributaire de celle de l'investigation sémiologique.

Il y a aussi une autre raison à l'importance de la sémiologie : le sentiment croissant de malaise, de mal-être, d'impuissance, de fatigue dans nos sociétés du rendement et de la performance, attesté par les sociologues et les anthropologues, et l'accroissement de la médicalisation des plaintes²⁸, occasionnent un recours massif aux médecins. S'ils ont des compétences sémiologiques limitées, ils auront tendance à entraîner les patients qui s'adressent à eux dans une démarche inutile et coûteuse, afin d'obtenir un diagnostic médical « à tout prix », au lieu de pouvoir les rassurer par une écoute attentive et un examen clinique complet²⁹.

²⁵ BARTHES Roland, *Le plaisir du texte*, Paris, Seuil, 1973, p.29. « Quel corps ? Nous en avons plusieurs ; le corps des anatomistes et des physiologistes, celui que voit ou que parle la science (...). Mais nous avons aussi un corps de jouissance fait uniquement de relations érotiques, sans aucun rapport avec le premier : c'est un autre découpage, une autre nomination ».

²⁶ CANGUILHEM Georges, « La santé : concept vulgaire et question philosophique »(1988), *Ecrits sur la médecine*, Paris, Seuil, 2002, p.49-68.

²⁷ SICARD Didier, HADDAD Gérard, *Hippocrate et le scanner ; réflexions sur la médecine contemporaine*, Paris, Desclée de Brouwer, 1999.

²⁸ On entend par médicalisation l'opération qui consiste à faire d'une difficulté X un problème médical. Pour Rose, « rien n'a davantage bouleversé la façon de vivre des hommes modernes ». ROSE Nicholas, « Beyond medicalisation », *Lancet* 2007 ; 369 :700-1.

²⁹ Les anciens, qui n'avaient à leur disposition qu'un nombre restreint d'examen complémentaires, ont de ce fait mis l'accent sur la sémiologie. Par exemple : « c'est à l'aide de signes anamnétiques qu'on peut distinguer ce qui arrive par cause de maladie, ou par (d'autres causes). Si après un excès de promenade, on éprouve un mal de tête, une chaleur vive, une douleur du cou, des lombes ou des hypocondres, on n'en conclura pas qu'une maladie est imminente ; car ces phénomènes vont disparaître avec le repos » (COLLECTIF, *Dictionnaire des Sciences médicales*, Tome I, Bruxelles, Auguste Wahlen, 1828, p.455).

Si celui-ci est tout à fait normal, la destination du malade devrait être autre que celle d'une place dans la nosographie. Ceci n'est possible que si le médecin sait pratiquer un examen clinique, sait rechercher la présence d'un signe, ou confirmer l'absence d'un autre signe, mais aussi interpréter signes et symptômes, et ainsi distinguer par exemple une « somatisation » d'une affection organique. Non que la somatisation ne requière pas d'être prise au sérieux, mais la manière de lui faire accueil et de la traiter n'est pas la même qu'en cas de maladie organique. Effectuer des examens complémentaires sans en peser soigneusement le bien-fondé conduit à multiplier les situations de « faux positif », où des valeurs biologiques sont en-dehors des limites normales, sans pour autant indiquer la présence d'une affection. Dans notre expérience de consultant hospitalier en CHU, en position fréquente d'arbitrage pour des situations qui restent douteuses malgré un grand nombre d'examens, de plus en plus de consultations sont consacrées à simplifier le cas, à rassurer quant à la bénignité de ce qui avait pu alarmer, cliniquement ou biologiquement. La difficulté tient de l'aporie : d'un côté la clinique, comme toute pratique humaine, est sujette à l'erreur, ce qui incite à recourir aux examens complémentaires, pour approcher de la certitude ; de l'autre, ce qui la complète est propice aux fausses pistes, et nécessite alors d'être interprété, « en fonction de la clinique ».

Il n'en demeure pas moins qu'il est nécessaire de se pencher avec une certaine minutie sur ce qui fait le cœur de cette sémiologie.

B.1 LA SEMIOLOGIE MEDICALE TELLE QU'ELLE EST

La sémiologie en médecine est un terme plus ancien que la science générale des signes de Saussure, qu'il proposait de nommer sémiologie³⁰. Les sciences humaines ont cependant retenu le terme de sémiotique dans le but précis de se distinguer de la sémiologie médicale, alors que les termes sont synonymes : sémiotique est une entrée de l'*Encyclopédie* de Diderot et d'Alembert³¹ ; *séméiotique* était aussi employé en médecine, dès le XVI^e siècle³², supplanté par *sémiologie* (XVIII^e) et par *symptomatologie*. C'est aussi l'importation de l'anglais qui s'est imposée : sémiotique traduit sem(e)iotics chez Peirce (repris de Locke pour qui *Semeiotike* s'appliquait à « une science des signes et des significations à partir de la logique conçue elle-même comme science du langage³³ »). S'il n'est plus employé en médecine, sémiotique garde un intérêt, car il marque l'existence d'une *tekhnē*. En effet, *Semeiotike* sous-entend *tekhnē sēmiotikē* qui signifiait en grec ancien « la diagnostique ou observation des symptômes ».

« Le caractère commun à tous les systèmes et le critère de leur appartenance à la sémiologie est leur propriété de signifier ou signifiante, et leur composition en unités de signifiante, ou signes »³⁴.

³⁰ Notons qu'il évoque toutes sortes de systèmes de signes, mais pas la sémiologie médicale

³¹ BARROUX Gilles, *La médecine de l'Encyclopédie. Entre tradition et modernité*, Paris, CNRS Editions, 2017.

³² DICTIONNAIRE *Trésor de la Langue Française Informatisé* : « 1555 *semeiotique* : partie de la pathologie qui traite des signes auxquels on reconnaît les maladies (VIDIUS, *Les Anciens et Renommés Auteurs de la médecine et chirurgie*, p. 922) ».

³³ BENVENISTE Emile, « Sémiologie de la langue », in : *Problèmes de linguistique générale 2*, Paris, Gallimard, « Tel », 1974, p.43.

³⁴ *Ibid.*, p.51.

Si en sémiotique, « on ne s'occupe pas de la relation du signe avec les choses dénotées »³⁵, en médecine on s'intéresse à la relation du signe avec la chose (la maladie, la lésion) qui est dénotée. La sémiologie médicale est donc particulière : elle entend s'occuper du référent, l'objet réel auquel correspond le signe. Elle se préoccupe aussi du sens des signes, c'est donc également une sémantique³⁶. Ajoutons que la sémiologie médicale n'est complète que si au signe peut être rattaché son mécanisme d'apparition. Or celui-ci n'est pas toujours élucidé, et donc la sémiologie médicale reste tributaire d'une herméneutique qui l'interprète, même si on peut soutenir, contre la nécessité d'une herméneutique, que les descriptions fines peuvent être suffisantes à identifier correctement le référent.

La sémiologie médicale semble en fait peu soucieuse du statut sémiotique de ce qu'elle admet comme « signes », et possède sa typologie propre.

1.1. Typologie des signes médicaux

a) Un signe en médecine, c'est avant tout un « phénomène perceptible ou observable qui indique la probabilité de l'existence ou de la vérité d'une chose, qui la manifeste, la démontre ou permet de la prévoir »³⁷. Ainsi par exemple la toux indique la probabilité d'une irritation bronchique, l'ecchymose manifeste une hémorragie cutanée, l'abolition des réflexes permet de prévoir l'aggravation d'une polynévrite, etc. Il y a des signes évidemment perceptibles (les signes cutanés en font partie, encore faut-il pouvoir les lire correctement, ce qui n'est pas si « évident »), des signes avant-coureurs (l'aura de la migraine), des signes précurseurs (les frissons annoncent la montée de la température). La perception des signes suppose l'exercice de la vue, mais aussi de l'ouïe (signes auscultatoires), et du toucher (signes palpatoires), moins souvent de l'odorat³⁸. Remarquons que de nombreux signes ne sont pas spontanés mais provoqués par l'examen clinique. Par exemple, l'extension du gros orteil provoquée par le frottement de la plante du pied par une pointe mousse est le signe d'une irritation de la voie pyramidale motrice. Le souffle évocateur d'une sténose de l'artère carotide n'existe pas sans un stéthoscope pour l'ausculter.

b) On entend aussi par « signe » un phénomène que peut ressentir le malade et qui n'est pas observable. La douleur est l'exemple cardinal. Certains attribuent à ces signes subjectifs le qualificatif de « fonctionnels », par opposition aux « signes physiques » observables par un tiers :

« Le cancer survient en général, sur une lésion préexistante et surtout au niveau d'une plaque de leucoplasie linguale (...): au stade de début, les signes fonctionnels sont très discrets d'où l'importance d'une surveillance régulière de ces leucoplasies »³⁹.

³⁵ BENVENISTE Emile, « La forme et le sens dans le langage », in : *Problèmes de linguistique générale 2*, Paris, Gallimard, « Tel », 1974, p.223.

³⁶ Benveniste oppose sémiotique à sémantique : *Le sémiotique (le signe) doit être reconnu; le sémantique (le discours) doit être compris*. BENVENISTE Emile, « Sémiologie de la langue », art.cit., p.64-65.

³⁷ C'est d'ailleurs le premier sens de « signe » dans le dictionnaire *Trésor de la Langue Française*.

³⁸ L'haleine cétonique du malade qui s'impose un jeûne, le foetor hepaticus du patient en insuffisance hépatique sont des exemples classiques. Mais médecin et infirmier expérimentés détectent aussi à l'odeur certaines infections comme le pyocyanique sur une plaie qui prend une coloration bleutée, ou encore le clostridium dans les selles.

³⁹ ENCYCLOPEDIE MEDICALE QUILLET, Paris, Librairie Aristide Quillet, 1965, p. 183.

Symptôme est un terme emprunté au bas latin des médecins *symptoma*, *-atis*, qui transcrit le grec *σύμπτωμα* (*symptōma*) signifiant un événement fortuit, une coïncidence, mais aussi un signe de maladie. Par extension, symptôme en est venu à désigner tout signe ou manifestation d'une maladie, d'une affection, d'un état. C'est alors un synonyme de signe⁴⁰. On trouve dans la littérature médicale une variété d'opinions : certains considèrent symptôme et signe comme des synonymes, d'autres les distinguent et rendent équivalents par contre symptôme et signe fonctionnel⁴¹. Nous reviendrons plus loin sur cette distinction.

c) Les « signes généraux » sont dits tels pour indiquer que c'est l'organisme tout entier qui en est le siège : fièvre, amaigrissement, anorexie, asthénie, désignent « l'altération de l'état général », sans préjuger de la cause ni de l'organe altéré. Les signes généraux manquent de spécificité, mais leur présence signale une certaine gravité de la situation.

d) Une autre distinction est peu usitée en tant que telle, mais organise implicitement les observations médicales : certains signes sont dits anamnétiques (le signe indique ce qui s'est passé⁴²), d'autres indicatifs (le signe est en rapport avec ce qui se déroule actuellement), d'autres enfin sont pronostiques (le signe annonce ce qui va se passer) et se rapprochent alors des présages⁴³ : « c'est bon signe » ou « c'est mauvais signe », le phénomène observé est de bon ou mauvais augure. Donner des signes de faiblesse ou ne pas donner signe de vie : le pronostic est sombre.

e) Tous les signes évoqués jusqu'à présent possèdent la caractéristique d'être indicateurs d'existence d'un processus à découvrir. Certains signes ont une fonction supplémentaire : ils ont valeur de signal⁴⁴. Un signal est un signe convenu par lequel quelqu'un donne une information ou un avertissement à quelqu'un (les panneaux routiers), indique à quelqu'un le moment de faire quelque chose. Le signal déclenche, provoque un comportement (par son coup de sifflet l'arbitre donne le signal de la fin du match). Ce n'est pas un stimulus auquel répond un réflexe, mais une bonne lecture du signal comme tel est un comportement adapté, une réaction déterminée, acquise par apprentissage. En sémiotique, le signal a valeur de phrase, donc d'un ensemble de signes. En médecine, Mondor, dans l'exemple de l'invagination intestinale aiguë, est explicite :

« Puis [après les pleurs, les vomissements, l'arrêt des selles et le refus de boire] vient le symptôme d'alarme, celui qui doit, aussitôt, imposer au clinicien un diagnostic, un traitement. Ce symptôme est d'une lecture particulièrement facile ; c'est dans les couches de l'enfant, l'arrivée par l'anus, de sang rouge ou de mucus et de glaires sanguinolentes. Le diagnostic, dès ce moment, doit être fait et tout doit être immédiatement mis en œuvre

⁴⁰ D'ailleurs, on a aussi employé symptomatologie pour sémiologie.

⁴¹ Le dictionnaire *Trésor de la Langue Française* propose encore une autre variante : symptôme désigne la manifestation spontanée d'une maladie permettant de la déceler, que cette manifestation soit perçue subjectivement par le sujet (symptôme subjectif) ou constatée objectivement par un observateur (symptôme objectif).

⁴² Le mode de survenue a son importance. « Le nourrisson, jusque-là très bien portant, est pris brusquement de douleurs qui le font vite crier, hurler ; son faciès exprime, presque aussitôt, une angoisse, une souffrance terrible ». Voilà comment Henri Mondor commence la description de l'invagination intestinale aiguë du nourrisson. MONDOR Henri, *Les Diagnostics urgents : Abdomen* (1928), Paris, Masson, 1979.

⁴³ « Devant une tumeur de la parotide, l'augmentation brusque et rapide de la tumeur, l'apparition des douleurs spontanées irradiant vers la face, le cou, les oreilles, l'apparition d'adénopathies du cou indiquent la dégénérescence de la tumeur » (ENCYCLOPÉDIE MÉDICALE QUILLET, Paris, Librairie Aristide Quillet, 1965, p.185).

⁴⁴ En grec ancien (Bailly), *semeion* signifie aussi signal.

pour que les secours chirurgicaux soient apportés, le jour même, au plus vite, dans les heures qui suivent (...)»⁴⁵.

Ce qu'il appelle symptôme d'alarme, est très clairement un signe-signal. Parmi les classiques, mentionnons aussi l'apparition d'une contracture de la paroi abdominale, signature de la péritonite et signal d'action urgente pour le chirurgien (l'aphorisme mnémotechnique énonce : « tout ventre de bois doit être fendu » !). Pour le malade, certaines sensations ont aussi valeur de signal. Avant une crise d'épilepsie, de nombreux malades ressentent un signal avertisseur, appelé aura. Ce signal peut prendre la forme d'une odeur, d'une cénesthésie particulière ou d'un effet visuel. C'est ici un symptôme signal.

f) Les gestes, mimiques ou mouvements volontaires destinés à communiquer quelque chose à quelqu'un, à manifester ou faire savoir quelque chose, ont aussi parfois valeur de signes. Signes de détresse ou de confiance, signes affirmatifs ou de compréhension ont également une grande part dans la relation médecin-malade, tout comme les signes – conventionnels – du langage.

1.2. Valeur diagnostique des signes

a) Sensibilité et spécificité

Aux signes s'appliquent les notions de sensibilité et de spécificité, par rapport à une maladie donnée. Un signe sensible est présent avec une grande fréquence, et s'il est très sensible, c'est son absence qui a la plus grande utilité pour écarter une hypothèse (ex : la fièvre au cours de la grippe. Un malade qui a des courbatures, de la toux, mais qui n'est pas fébrile, n'a probablement pas la grippe). L'absence d'un signe sensible renseigne aussi sûrement que la présence d'un autre signe. Un signe spécifique vaut pour sa présence, et s'il est pathognomonique, il signe l'existence de la maladie. Sensibilité et spécificité sont des qualités contraires : les signes les plus sensibles sont généralement peu spécifiques, et réciproquement.

On parle parfois de signes d'orientation quand ils manquent de spécificité, et qu'ils requièrent une certaine acuité de perception et de l'expérience pour les interpréter correctement. Ainsi, chez le grand vieillard qui ne communique plus verbalement, les comportements d'évitement, de retrait, les positions antalgiques, les mimiques lors des soins ou des gestes de la vie quotidienne, l'agitation, ou la prostration sont à considérer comme des signes de douleur.

Certains signes médicaux se confondent avec la maladie : ils sont à la limite de la fonction générale des signes, celle de valoir pour autre chose qu'eux-mêmes⁴⁶. Par exemple, le phénomène de Raynaud (décoloration de l'extrémité des doigts par vasospasme) est un signe qui résume la maladie de Raynaud⁴⁷. Le vitiligo nomme le signe et la maladie.

Mais le plus souvent à chaque signe isolé peuvent correspondre différentes affections. La valeur diagnostique est alors celle d'un signe d'appel vers telle ou telle maladie. Par exemple,

⁴⁵ MONDOR Henri, op.cit.

⁴⁶ « Le rôle du signe est de représenter, de prendre la place d'autre chose en l'évoquant à titre de substitut » : BENVENISTE Emile, « Sémiologie de la langue », art.cit., p.51.

⁴⁷ mais qui peut être un signe d'un syndrome de Raynaud, secondaire à une autre affection. La nosographie bafouille volontiers.

le signe « vomissement » peut être référé à une occlusion intestinale, à une intoxication alimentaire, à une hypercalcémie, etc. On peut comprendre pourquoi l'apprentissage de la médecine clinique nécessite une longue fréquentation des malades.

b) Corrélations

Signe s'emploie davantage au pluriel qu'au singulier : les signes d'une maladie (par exemple, les signes du coma, les signes de la tuberculose, les signes de l'infarctus du myocarde) décrivent l'ensemble de ses manifestations possibles. Reconnaître leur regroupement permet de la caractériser et d'en établir le diagnostic ou du moins d'en formuler l'hypothèse. Un signe isolé, s'il suggère une piste diagnostique, incite à en rechercher activement d'autres avec lesquels il est corrélé sur un plan syntagmatique⁴⁸. On use couramment du terme de syndrome pour désigner des ensembles de signes corrélés : par exemple, la triade « tremblement de repos, rigidité plastique et akinésie » décrit le syndrome extrapyramidal, dont la cause la plus fréquente est la maladie de Parkinson, mais qui est observable dans d'autres affections, ou après la prise prolongée de médicaments neuroleptiques⁴⁹.

Plus rarement on se sert de corrélations sur un plan paradigmatique : un signe est opposé à un autre signe (ou la présence d'un signe est opposée à son absence) et cette opposition entraîne un changement du signifié⁵⁰, de la lecture de la maladie. Par exemple, devant une baisse unilatérale de l'audition, l'épreuve de Weber (diapason placé sur le milieu du front) permet de discriminer une surdité de perception (son perçu du côté sain) d'une surdité de transmission (son perçu du côté atteint). Ce type de système est davantage apparent quand on intègre des signes biologiques : la présence ou l'absence d'un syndrome inflammatoire en cas de fièvre modifie complètement la démarche diagnostique. La valeur diagnostique d'un ensemble de signes corrélés est supérieure à celle d'un signe isolé.

c) Qualité du clinicien

La précision du signe (ou du syndrome), sa valeur pour l'orientation diagnostique, c'est-à-dire son utilité pratique, ne dépend pas que ses caractéristiques intrinsèques (sensibilité et spécificité) et de ses corrélations, elle est également tributaire de la qualité de l'examen qui l'identifie, et pour ce qui concerne les signes fonctionnels, de la qualité de l'anamnèse qui a permis leur divulgation. Soit par exemple l'association des symptômes suivants : toux, difficulté respiratoire, douleur thoracique. Chacun d'entre eux doit être détaillé pour être réellement informatif⁵¹. Autre exemple, une surélévation cutanée circonscrite est nommée une

⁴⁸ BARTHES Roland, « Sémiologie et médecine », in : *L'aventure sémiologique*, Paris, Seuil, 1985, p.273-83.

⁴⁹ Ce sont alors d'autres corrélations permettent un diagnostic différentiel : un syndrome extra-pyramidal survenant de manière asymétrique chez un adulte d'âge moyen ne prenant pas de neuroleptiques oriente vers la maladie de Parkinson.

⁵⁰ L'exemple en linguistique donné par Barthes est que /p/ et /b/ sont dans un rapport paradigmatique : « boisson » et « poisson » n'ont pas le même sens. BARTHES Roland, « Sémiologie et médecine », art.cit.

⁵¹ Voici un exemple, trouvé dans le photocopié de sémiologie respiratoire des enseignants rennais. « **La toux des maladies pleurales** est sèche, aigre, douloureuse et survient aux changements de position. **La toux de la coqueluche** est faite de quintes prolongées, très pénibles, avec reprise respiratoire bruyante (le « chant du coq »). **La toux des maladies laryngo-trachéales** est souvent faite de quintes sèches et de timbre rauque. **La toux chronique** de la dilatation des bronches est ancienne (remonte souvent à l'enfance) et productive (purulente). **La toux sèche chronique** du cancer bronchique survenue depuis quelques semaines chez un patient fumeur à plus de 20 paquets-

papule, qu'il importe de distinguer de la macule, de la vésicule, de la pustule, de la bulle, etc. L'identification correcte épargne ensuite des errements dans le raisonnement qui mène au diagnostic.

Si on n'y prend garde, on peut ne pas reconnaître une dyspnée ou une fatigabilité musculaire derrière la plainte « fatigue ». Ou encore le malade se plaint de « vertiges », mais il s'agit de ce qu'on appelle dans les traductions d'une langue à une autre d'un faux-ami. Beaucoup de vertiges (dans la langue profane) sont des lipothymies (malaises) et non des signes d'atteinte vestibulaire (organe de l'équilibre situé dans l'oreille interne).

Les corrélations syntagmatiques sont souvent incomplètes. Le malade réel n'est pas « comme dans les livres ». Le tableau clinique reste flou. Un signe renvoie à trop de possibilités pour être vraiment indicatif. C'est alors l'expérience qui fait la différence. Elle se constitue peu à peu, à partir des mises en rapport itératives (telle présentation symptomatique avec tel diagnostic finalement retenu), s'enrichit petit à petit des variantes rencontrées, mémorise des hiérarchies de vraisemblance, et des techniques de discernement des détails. Nous en reparlerons dans la partie consacrée à l'esthétique.

Christian est hospitalisé pour une perte de poids. Son médecin est alarmé car il est devenu très maigre. Il a déjà eu de nombreuses maladies, circulatoires, cardiaques, pulmonaires, et a été traité naguère pour une leucémie aiguë, considérée en rémission. Depuis 40 ans il fréquente des psychiatres pour des épisodes dépressifs et vient de connaître une séparation amoureuse. Son médecin aimerait un « bilan complet ». L'anamnèse permet d'estimer l'apport calorique, de savoir s'il y a des pertes excessives (diarrhée chronique), d'apprécier la contribution respective d'une anorexie (perte d'appétit), d'une dysgueusie (perturbations du goût), d'une asialie (manque de salive), d'une dysphagie (troubles de la déglutition et blocages alimentaires), de douleurs digestives (plutôt gastriques, ou biliaires, ou pancréatiques, ou intestinales). Elle enquête sur l'humeur des dernières semaines, les lieux des repas, les changements dans leur confection, les régimes suivis, les aversions éventuelles, les croyances. L'examen physique surtout montre un homme qui respire d'une manière caractéristique, et dont chaque inspiration et chaque expiration mobilisent intensément la musculature. Une hypothèse se dégage nettement : il a une insuffisance respiratoire sévère sur un emphysème. Deux examens seulement seront pratiqués pour en chiffrer la gravité et discuter la possibilité d'une cure chirurgicale. La perte de poids ne fait pas partie des signes les plus attendus et les plus enseignés en sémiologie pneumologique. Le pneumologue lui-même ne s'autorise pas à conclure en faveur de cette hypothèse, faute de pouvoir statuer sur toutes les autres pathologies passées et présentes. L'expérience clinique est seule à pouvoir prendre ce risque de conclure sans avoir pratiqué un « bilan exhaustif ».

1.3. Topologie des signes

a) La présence ou l'absence d'un trait clinique se rapporte à l'espace corporel. Les signes dits généraux ont l'ensemble du corps pour lieu. D'autres sont spécifiés par le lieu précis où ils sont recueillis (mais aussi par la temporalité de leur installation ou le rythme de leur

années et pouvant ramener une expectoration hémoptoïque type « gelée de groseille ». **La toux quinteuse, productive** en rapport avec l'alimentation soit lors de troubles de la déglutition (atteinte neurologique) soit en cas de fistule oeso-trachéale le plus souvent dans un contexte de cancer de l'œsophage ». DELAVAL Philippe, Benoît DESRUES, *Sémiologie respiratoire*, Rennes, Septembre 2005. URL : <https://dokumen.tips/documents/semiologie-respiratoire.html>.

présence⁵²). Ainsi un souffle cardiaque n'a pas la même signification selon qu'il est entendu au foyer d'auscultation aortique ou mitral, en diastole ou en systole. De même, le déficit moteur s'il est distribué sur un hémicorps indique une lésion cérébrale, sur les membres inférieurs une affection médullaire, aux extrémités des membres une atteinte des nerfs périphériques. La distribution spatiale d'un signe neurologique élémentaire a une valeur localisatrice (de la lésion) de la plus haute importance. Freud se servait de cette caractéristique pour faire le diagnostic différentiel entre des troubles neurologiques lésionnels (dont la distribution correspond à l'anatomie du système nerveux) et les troubles hystériques (dont la distribution se calque sur les représentations corporelles profanes que véhicule le parler populaire)⁵³. Ses indications cliniques gardent une pertinence pratique.

b) Mais le lieu corporel n'est pas tout. Il y a aussi le lieu de la parole et de la langue, à différents niveaux. Les paroles échangées entre médecin et malade comme marques de politesse, de courtoisie, les manifestations d'attention ou de respect sont aux frontières de la sémiologie. Plus fondamentalement, le signe médical suppose pour être complet sa nomination comme signe. Par exemple, regarder quelqu'un marcher à petits pas, piétiner au démarrage, hésiter dans les demi-tours ne fait réellement signe que pour le médecin qui peut nommer ces phénomènes visibles, avant de les regrouper en un signe qui les subsume (« akinésie »). Le signe sert donc aussi à la représentation mentale de la réalité. Comment pourrait-on émettre des hypothèses ou résoudre des problèmes sans les mots? Les mots sont donc aussi des signes. Dans l'observation ou le compte-rendu, le mot-signe « akinésie » va se substituer à l'expérience observée. C'est le propre du langage que « de procurer un substitut de l'expérience apte à être transmis sans fin dans le temps et dans l'espace »⁵⁴. Le signe linguistique sert à communiquer. Dans la communication, il est habituellement plus commode de faire référence à des objets ou des phénomènes par le biais de mots qu'en pointant ces objets ou ces phénomènes. Il faudrait sans arrêt avoir le malade sous les yeux pour communiquer le tableau clinique dans un dossier ou à un collègue. L'observation rédigée, si elle est complète, détaillée, pourra restituer une part importante de ce tableau.

Un des écueils des observations rédigées est que souvent la parole du malade a disparu. Peut-on la considérer comme signe? En tous cas, elle s'en fait le messager. Ce n'est que dans certaines circonstances particulières que le clinicien s'attarde sur le « visage » du mot en tant que mot. La narration est indispensable à préciser les signes anamnestiques, dont la valeur est souvent sous-estimée, alors que sa contribution est essentielle à la formulation des hypothèses⁵⁵. Ainsi le diagnostic des pertes de connaissances brèves repose sur les signes

⁵² La rapidité d'installation du signe aura une valeur indicative pour la cause. On évoque ainsi un mécanisme dégénératif pour un ensemble de signes d'apparition et d'aggravation progressive sur plusieurs mois, un mécanisme vasculaire pour leur apparition soudaine et d'emblée maximale, etc. La description temporelle des douleurs faciales est un argument précieux pour distinguer une algie vasculaire d'une névralgie du trijumeau, alors que leur localisation peut être identique.

⁵³ FREUD Sigmund, « Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques », (1893), in : *Résultats, Idées, Problèmes, Tome I*, op.cit., p.45-59.

⁵⁴ BENVENISTE Emile, *Problèmes de linguistique générale 1*, Paris, Gallimard, « Tel », 1966, p.61.

⁵⁵ HAMPTON J R et al., « Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients », *British Medical Journal* 1975; 2 (5969):486-9. PETERSON MC et al., « Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnoses », *Western Journal of Medicine* 1992; 156(2):163-5. VERWOERD AJ et al., « Diagnostic accuracy of history taking to assess lumbosacral nerve root compression », *Spine Journal* 2014;14(9):2028-37.

anamnestiques car quand le médecin arrive à son chevet, le malade a déjà retrouvé la conscience et le plus souvent l'examen physique est normal. La parole du malade permet également de d'aborder le terrain sur lequel la maladie survient, son contexte, le retentissement psychologique et social, et elle offre donc un diagnostic élargi, au-delà du diagnostic lésionnel. Bien souvent, le diagnostic différentiel entre maladie organique et affection psychosomatique est fondé sur le discours du malade. Plus généralement, la parole du malade est le seul médium qui donne accès à la sphère psychique : le diagnostic en psychiatrie repose en grande part sur le discours du malade (bien sûr il y a aussi des signes comportementaux⁵⁶), puisque le « trouble » (catégories actuelles des DSM⁵⁷) est un syndrome associé à des critères d'évolution temporelle et de répercussions psychosociales. Le langage ne fait pas que véhiculer des messages, le discours est analysé dans sa forme (phonétique, sémantique et lexicale, prosodie, dynamique).

Merleau Ponty évoque la physionomie de l'acte de parler. On a peut-être coutume de considérer la parole comme un « signe » de la pensée, comme la fumée est le signe du feu. Mais « la parole et la pensée (...) sont enveloppées l'une dans l'autre, le sens est pris dans la parole et la parole est l'existence extérieure du sens ». La parole n'est pas un « simple moyen de fixation, ou encore l'enveloppe et le vêtement de la pensée ». Autrement dit, il n'y a pas la pensée, qui ensuite s'exprime en s'habillant avec des mots. Le mot et la parole sont « la présence de cette pensée dans le monde sensible, et, non pas son vêtement, mais son emblème ou son corps »⁵⁸.

Le sujet se sert de la parole et du discours pour se « représenter » lui-même, tel qu'il appelle l'autre à le constater⁵⁹. Ici la parole vaut pour expression de la subjectivité. En médecine, il y a parfois fort à faire pour distinguer – et ce n'est pas toujours possible – ce qui relève de la communication « simple » des phénomènes ressentis, les symptômes (comme si la parole ici ne servait que de vecteur qui ne rajoute rien de son cru), et ce qui relève de la parole en tant qu'expression de la subjectivité. En médecine, on ne peut abandonner tout rapport à la référence, à la fonction dénotative du langage. Ce qui est compliqué est de faire la part, dans le discours, de ce qui renvoie au référentiel du fait morbide, ce qui renvoie au référentiel d'une expérience vécue, et ce qui n'est pas référentiel. Le médecin doit y être préparé, non pour exclure de son champ cette expression de la subjectivité, mais pour mieux tenir compte de l'ensemble du tableau pour interpréter tel ou tel signe. On a vite fait de confondre la turbulence d'un enfant qui agace des parents débordés avec un signe d'hyperactivité... Pratiquer la médecine *avec* la parole c'est donc être *meilleur* médecin du point de vue de l'*excellence* de la pratique, mais c'est tout simplement *rester médecin* du point de vue de l'*essence* de cette pratique.

Ce plan de la parole est source d'erreurs et de pièges, d'équivoques et de malentendus. La plupart tiennent aux caractéristiques intrinsèques et aux fonctions de la parole et du langage, et ne relèvent pas d'une volonté consciente de tromperie ou de manipulation. Ainsi, rendre compte par les mots d'une sensation perçue physiquement est difficile. Mais c'est la seule voie

⁵⁶ Présentation, contact, activité psychomotrice, etc.

⁵⁷ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Elsevier Masson, 2015.

⁵⁸ MERLEAU-PONTY Maurice, *Phénoménologie de la perception* (1945), Paris, Gallimard, « Tel », 2012.

⁵⁹ BENVENISTE Emile, *Problèmes de linguistique générale 1*, op.cit., p.77.

possible. Si le malade minimise ou exagère la sensation qu'il éprouve, le médecin peut être conduit sur une fausse piste. C'est le cas notamment pour les signes généraux, ou la douleur⁶⁰. On peut rapporter des vomissements, mais comment décrire l'intensité d'une fatigue ? Dans un autre registre, on doit se méfier du pouvoir de suggestion de la parole : le recueil des symptômes (ou signes fonctionnels) repose sur leur déclaration spontanée et sur l'interrogatoire orienté ou systématique. Mais poser une question trop directe peut suggérer le rappel d'un symptôme qui n'était pas décrit spontanément (il a pu être oublié ou au contraire ne mérite pas grande attention). Il y a aussi une tension entre parole et communication : pour que la communication se réalise de manière optimale, une part importante du langage est superflue et redondante⁶¹ Et ce qui est redondant pour l'information au sens strict est précisément ce qui fait office de résonance dans la parole. Par quoi on voit que la fonction du langage n'est pas tant d'informer que d'évoquer⁶².

Les propos du malade peuvent être décryptés à tort dans la sémiologie médicale. Ainsi Ninon, une jeune femme qui consulte pour malaises et troubles de l'équilibre, évoque, je reprends ses mots, « des trous dans la vue comme un puzzle », une « marche comme un funambule » : une traduction trop hâtive (mais comment savoir si la hâte est fautive ?) en signes neurologiques donne « scotome visuel », « ataxie des membres inférieurs », ce qui suggère fortement la possibilité d'une sclérose en plaques. Malgré l'absence de preuves biologiques ou d'imagerie, c'est l'affection qui lui avait été signifiée huit ans auparavant, et elle était traitée par perfusions de cortisone à chaque production symptomatique, c'est à dire à chaque « poussée »⁶³.

B.2 LA SEMIOLOGIE MEDICALE MISE EN PERSPECTIVE

Cette autonomie apparente de la sémiologie médicale n'empêche pas de la confronter à la sémiotique, pour y chercher des éclairages extérieurs et organiser la diversité, ou tout simplement pour constater qu'elle est irréductible. Cette recherche se heurte rapidement au constat qu'il n'y a pas une mais des sémiotiques, chacune conférant au signe des propriétés définitoires propres. Aussi nous nous contenterons de relever quelques notations qui intéressent la pratique médicale.

⁶⁰ Ces signes généraux, fatigue et douleur, sont des sources inépuisables de questionnements, internes et externes à la théorie et à la pratique médicales. Voir par exemple : BASZANGER Isabelle, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil, 1995. DUPOND Jean-Louis, *Psychologie de la fatigue, le mal des maudits*, Paris, Le Cygne, 2006. LE BRETON David, *Anthropologie de la douleur*, Paris, Editions Métailié, 2012. ZAWIEJA Philippe (dir), *Dictionnaire de la fatigue*, Paris, Droz, 2016.

⁶¹ LACAN Jacques, « Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse » (1953/1956), *Ecrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 237-322.

⁶² « Car, outre que la parole s'accommode fort bien du vide de la pensée, l'avis que nous recevons des penseurs est justement que pour l'usage que l'homme en fait d'ordinaire, la parole si tant est qu'il y ait quelque chose à en penser, c'est bien qu'elle lui a été donnée pour cacher sa pensée ». LACAN Jacques, « Discours de Rome et réponses aux interventions », *La psychanalyse* 1956, n°1, « Sur la parole et le langage », URL : <http://ecole-lacanianne.net/bibliolacan/pas-tout-lacan/>.

⁶³ Puis les médecins qui l'ont eu en charge, ont fini par renoncer après six années, à ce pseudo-diagnostic. Cet abandon brutal, à l'occasion d'une hospitalisation dans un service de neurologie universitaire appelé à la rescousse, et un renvoi abrupt au psychiatre (avec le diagnostic d'hystérie et indication d'une psychothérapie) avaient eu comme effet l'apparition de pertes de connaissance brutales, « étiquetées » d'hypoglycémies post-stimulatives, imputées à l'augmentation massive du poids de Ninon depuis les prises itératives de cortisone.

2.1. Sémiologie médicale et autres sémiotiques

Ainsi Peirce, qui ne s'intéressait pas particulièrement à la langue (réduite aux mots), distinguait trois classes de signes : index/indices, icônes et symboles⁶⁴.

L'indice est un signe non conventionnel fondé sur un rapport de contiguïté avec la réalité signifiée (ainsi la fumée pour le feu; les traces de balle pour un coup de feu). La relation entre signe et réalité signifiée (dénotée) est causale⁶⁵. C'est pourquoi

« L'indice ne perd pas son caractère d'indice si l'interprétant lui fait défaut, alors que l'existence de son objet, la maladie pour un symptôme par exemple, lui est sémiotiquement nécessaire »⁶⁶.

Le symptôme sémiotise un mal en train d'agir. La plupart des signes médicaux physiques spontanés peuvent être considérés comme relevant de cette catégorie : la maladie – objet dénoté – est la cause de l'indice.

L'icône opère par similitude de fait entre deux éléments (le dessin représentant une maison et la maison représentée) :

« Une icône est un signe qui se réfère à l'Objet qu'elle dénote simplement en vertu de caractères qui lui sont propres [...]. Une chose quelconque, que ce soit une qualité, ou un individu existant, ou une loi, est une Icône de quelque chose, dans la mesure où elle est semblable à cette chose »⁶⁷.

Le signe iconique est basé sur des caractéristiques naturelles mais comporte tout de même une portion d'arbitraire qui fait l'objet d'une convention⁶⁸. La relation entre signe et objet signifié est analogique. Si de nombreux panneaux de signalisation routière sont des icônes qui sont des signaux, en médecine la plupart des signes-signaux ne sont pas des icônes. Les mimiques par contre peuvent être considérées éventuellement comme des icônes⁶⁹. On pourrait considérer l'imagerie médicale comme une production de signes-icônes. Si la source référentielle est le corps, les artifices conventionnels qui amènent à la fabrication d'images visibles sont eux aussi à ce point « naturalisés » qu'on a le sentiment de voir réellement la réalité du corps. Les images sont alors aussi des icônes au sens religieux du terme.

Le rapport entre symbole et objet est purement conventionnel. Sans interprétant le symbole perdrait son statut de signe. Les signes symboliques peirciens sont, pour la médecine, essentiellement le langage. Par contre, pour Saussure, les mots ne sont pas des symboles et le

⁶⁴ PEIRCE Charles Sanders, *The Collected Papers of Charles Sanders Peirce*, Electronic Edition, John DEELY (dir), reproducing Vols. I-VI ed. Charles Hartshorne and Paul Weiss (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1931-1935), Vols. VII-VIII ed. Arthur W. Burks (same publisher, 1958), 1994, <http://www.nlx.com/collections/95>, CP 2.275 sq.

⁶⁵ « An Index is a sign which refers to the Object that it denotes by virtue of being really affected by that Object ». PEIRCE Charles Sanders, *Collected Papers*, op.cit., CP. 2.248.

⁶⁶ Cité par Georges DIDI-HUBERMAN, *L'image ouverte*, Paris, Gallimard 2007, p.242.

⁶⁷ PEIRCE Charles Sanders, *Collected Papers*, op.cit., CP 2.247.

⁶⁸ Le panneau d'interdiction de fumer est un exemple probant. Bien qu'on puisse reconnaître aisément le sens évoqué par la cigarette et par la barre qui s'y impose, la couleur rouge est arbitraire, comme l'est aussi l'extension du sens du pictogramme à l'interdiction de fumer la pipe ou le cigare.

⁶⁹ Ou plus précisément des images-hypoicônes, mais nous ne voulons pas entrer dans le détail de la sémiotique de Peirce.

symbole n'est jamais tout à fait arbitraire : le symbole de la justice – la balance – ne pourrait pas être remplacé par n'importe quoi, un char par exemple⁷⁰.

La tripartition de Peirce ne convient pas très bien à la sémiologie médicale. Foucault remarque que le signe naturel (ou indice)

« n'a pas de signification par lui-même, il nécessite l'intervention d'une conscience qui l'utilise comme repère, comme référence ou comme jalon. Là où je vois des trous dans la neige (...) le chasseur y verra les traces fraîches d'un lièvre »⁷¹.

L'indice pour devenir signe médical a besoin d'un interprétant. Le travail du médecin est de dépister (*verspüren*) la trace (*Spur*) ce qui revient en fait à compléter le signe, c'est-à-dire d'accorder ce signifiant à un signifié. La difficulté de l'apprentissage sémiologique est de bien nommer le phénomène. La matérialité du signifiant peut prêter à confusion (perceptuelle) ce qui revient à identifier faussement un signifié. Il peut aussi y avoir des malentendus, voire des disputes, entre malade et médecin quant à l'interprétation d'un indice. Par exemple, un malade considère que les ganglions qu'il perçoit sous ses doigts sont l'indice d'un processus pathologique, alors que le médecin, palpant à son tour la zone litigieuse, les interprète éventuellement comme une présence ganglionnaire normale et non comme des « adénopathies ».

2.2. Symptôme et signe

Revenons sur cette distinction, assez brouillée en clinique comme nous l'avons indiqué plus haut, mais qui mobilise les théoriciens que sont Barthes⁷² et Foucault⁷³. Avant eux, Canguilhem avait situé à l'époque de Laennec et de l'invention du stéthoscope le moment de passage du symptôme « présenté, offert, par le malade » au signe « cherché et obtenu par artifice médical » qui met entre parenthèses le malade « comme porteur et souvent commentateur de symptômes »⁷⁴. Si on s'en tient aux dictionnaires, le symptôme est « la manifestation spontanée d'une maladie », ou « le phénomène particulier que provoque dans l'organisme l'état de maladie ». Dans ce cas, le symptôme est alors le phénoménal, le réel tel qu'il apparaît. Foucault rappelle que dans la tradition médicale du XVIII^e, « de l'inaccessible nature de la maladie, il est la transcription première »⁷⁵. Mais le symptôme, s'il exprime quelque chose, ne communique encore rien d'intelligible, il n'est pas encore un signe, il ne fait pas encore sens. Le symptôme, c'est le fait morbide « brut » si on peut dire, qui n'a pas encore le statut de signe qui signifie quelque chose. Toutefois, pour Double, le symptôme n'est pas un simple phénomène, il est déjà affecté d'une valence pathologique :

⁷⁰ SAUSSURE Ferdinand de, *Cours de linguistique générale*, Tullio de Mauro (dir), Paris, Payot, 1972, p.101.

⁷¹ FOUCAULT Michel, « Introduction » à Ludwig BINSWANGER, *Le rêve et l'existence* (1954), in *Dits et Ecrits I. 1954-1975*, Paris, Gallimard, « Quarto », 2001, texte n°1, p.75.

⁷² BARTHES Roland, « Sémiologie et médecine », art.cit.

⁷³ FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique*, op.cit. ; FOUCAULT Michel, « Message ou bruit ? » (1966), in : *Dits et Ecrits I. 1954-1975*, Paris, Gallimard, « Quarto », 2001, texte n° 44, p.585-588.

⁷⁴ CANGUILHEM Georges, « Le statut épistémologique de la médecine » (1985), in : *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*, Paris, Vrin, 7e éd., 1994, p.417.

⁷⁵ FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique*, op.cit.

Chapitre I

« Le symptôme a donc cela de particulier, qu'il suppose toujours un dérangement quelconque dans l'économie. Il diffère par-là du phénomène qui peut se présenter dans l'état de santé parfaite. Ainsi l'on ne dira jamais les Symptômes de la santé, et il convient de s'interdire également cette expression, non moins vicieuse, phénomènes de la maladie »⁷⁶.

Dans tous les cas, le symptôme est en attente de sa lecture, de son déchiffrement, de son décryptage, de son interprétation. Le référent reste à découvrir. Le symptôme est la substance du signifiant qui n'a pas encore sa forme (son découpage en unités signifiantes). L'interprétation des symptômes est le fait du médecin qui leur donnera une signification. Par exemple : une maman rapporte fièvre, maux de tête, et vomissements chez son enfant ; penser que ces trois symptômes évoquent la possibilité d'une méningite, c'est transformer un symptôme en signe. Le signe médical c'est le symptôme auquel s'ajoute « la conscience organisatrice du médecin »⁷⁷, le symptôme qui a pris place dans une description. Imaginons une personne en train de convulser. Ce symptôme « brut » est selon les époques, un signe de possession, de sorcellerie, d'hystérie, d'épilepsie.

Le médecin transforme, par un regard sensible à la différence (et aussi par les gestes de la palpation, ou l'écoute de l'auscultation), par la médiation du langage qui nomme, le symptôme en signe. On est passé du phénomène à la signification⁷⁸. Ceci montre selon Barthes la correspondance entre la sémiologie générale et la sémiologie médicale. Le signe médical se compose comme les autres d'une double face : une face cachée à découvrir et à nommer (la maladie, la lésion, le processus pathologique) et une face extériorisée, matérialisée, éventuellement morcelée en plusieurs signifiants, qui est à construire, à interpréter. Toux, fièvre, douleur de côté et difficulté à respirer ne sont pas la pleurésie elle-même – celle-ci n'est jamais offerte aux sens, ne se dévoile que sous le raisonnement – mais elles permettent de désigner un état pathologique (par opposition à la santé).

Dans « Message ou bruit ? », Foucault accentue le rôle central de la médecine dans la constitution même des signes, et il entend corriger ce qui se répétait depuis Balint, à savoir que le malade envoie des messages que le médecin écoute et interprète⁷⁹. Avant le message il y a déjà du « bruit », *et ce bruit pour la médecine, c'est le « non-silence des organes »*⁸⁰. Pour devenir réellement un message, ce bruit doit être constitué par des éléments que l'on peut isoler selon des critères assurés, donc organiser la substance signifiante en unités signifiantes : les signes. Pour que se forme un message, il faut également que *ces éléments soient associés à d'autres éléments qui en constituent le sens*, et que ces éléments soient liés les uns aux autres avec une certaine régularité (Cf. les corrélations syntagmatiques). Toujours selon Foucault, il n'y a donc pas de message de la maladie, *puisque le message dépend d'un code établi selon les*

⁷⁶ DOUBLE, François-Joseph, *Traité de sémiologie générale ou traité des signes et de leur valeur dans les maladies*, Paris, Librairie de la société de médecine, 1811. URL : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k54742299.texteImage>.

⁷⁷ BARTHES Roland, « Sémiologie et médecine », art.cit.

⁷⁸ Dans la substance du signifiant il découpe des unités formelles qui renvoient à un signifié : en cela il est un signe (cf. la définition du signe chez Saussure : « Le signe linguistique unit non une chose et un nom mais un concept et une image acoustique (...). Nous proposons (...) de remplacer *concept* et *image acoustique* respectivement par *signifié* et *signifiant*. SAUSSURE, *Cours de linguistique générale*, op.cit., p.98-99). Ce signifié est nosographique : il nomme la maladie à travers le signe.

⁷⁹ FOUCAULT Michel, « Message ou bruit ? », art.cit. Il s'agit d'un article publié en 1966 dans une revue professionnelle, le *Concours Médical*, dans les suites d'un colloque sur la nature de la pensée médicale.

⁸⁰ Les expressions en italique sont issues de l'article de Foucault.

règles d'isolement différentiel des éléments et de regroupements signifiants. *La nature se contente de « faire du bruit »*. Le reste c'est la médecine qui le fait, par trois opérations : la constitution d'un code, évolutif⁸¹, un tri sélectif (des éléments sont écartés, d'autres retenus), et l'utilisation de modèles, qui permettent de mettre en corrélations les éléments retenus avec la nosographie. Autrement dit, isoler telle marque corporelle ou telle plainte fonctionnelle comme signe est déjà une opération médicale, et non une production naturelle. La nécessité d'un interprétant ne convient pas à la qualification d'indice (dans la définition de Peirce).

Quoiqu'il en soit, ce qui pose le plus de difficultés pratiques est le symptôme « médicalement inexpliqué » : faut-il comprendre cette expression comme symptôme qui précisément ne fait pas signe au médecin ? Il ne fait pas signe, c'est-à-dire il ne renvoie pas à la matérialité d'une maladie, et pourtant il est énoncé dans un discours singulier, il témoigne de cette prise du corps par le langage. C'est pourquoi le médecin doit opérer un écart dans sa gymnastique mentale : un symptôme peut être signe de l'*illness*, ou de la *sickness*, sans être l'indice d'une *disease*. Nous y reviendrons dans la conclusion de cette première partie.

L'exemple que nous avons donné plus haut de Ninon, souligne cette difficulté de la transition du « bruit » au « message », du signifiant au signifié. Mais il donne aussi tort à Foucault, et raison à Balint, sur un point. On peut considérer, à un certain niveau, que le malade adresse bien un message que le médecin écoute et interprète, bien ou mal. Ce message est une composition disparate faite de paroles, de signes indices, d'icônes, de signaux. Ne faut-il pas alors proposer, au lieu de la distinction foucauldienne entre bruit et message, une autre distinction entre des messages qui parviennent ou non à leur destinataire, et suggérer que ce qui fait signe en médecine, c'est un message reçu : tout message non reçu reste en souffrance, tout message reçu est élevé au rang de signe. Le médecin, par la lecture, le déchiffrage qu'il en fait, et par son action diagnostique et thérapeutique, prend le signe à son propre compte. Le signe n'est tel qu'accueilli par un tiers. Il faudrait alors abandonner cette expression de « symptômes médicalement inexplicés ». Mais dire alternativement que ce sont des symptômes (ou des signes) non médicaux vaut pour l'installation d'une frontière par laquelle le médecin délimite non pas tant le champ de ses compétences que celle de son hospitalité et de la légitimité de la plainte adressée.

Si même ce qui est le plus objectif, le signe physique, nécessite un interprétant, alors on est passé de la sémiotique stricte à l'herméneutique, ce qui doit inciter à une certaine prudence par rapport à la robustesse autonome des indices chez Peirce.

Ajoutons que le symptôme, si on revient à sa désignation comme phénomène « brut » (Barthes et Foucault), n'est pas encore dans le domaine de l'intelligible. Or ce qu'on appelle les signes fonctionnels dans une observation médicale rédigée, ce sont déjà des signes intelligibles. C'est le malade qui accomplit cette première opération qui transforme le phénomène « brut » en signe intelligible, ne serait-ce qu'en nommant ce qu'il ressent. Entre la sensation éprouvée et le mot « fourmillement », il y a déjà passage du phénomène provoqué dans le corps par la

⁸¹ Le médecin doit en fait traiter une multiplicité de codes : celui de la sémiologie clinique, celui de la parole, ceux de la sémiologie biologique (qu'on pourrait subdiviser : le code de la microbiologie n'est pas celui de l'hématologie, etc.) et de la sémiologie radiologique (qu'on pourrait aussi subdiviser : le code de l'échographie n'est pas celui de l'IRM, etc.).

polynévrite et ressenti par le malade (le signifiant en substance mais encore informe) à un signifiant linguistique. Et ce qui devient un signe médical est la transformation d'un signifiant linguistique. Le malade se plaint de picotements dans les orteils et les doigts, le médecin note « paresthésies des extrémités ». Mais s'il signale des « trous dans la vue comme un puzzle » et que le médecin note « scotome », la traduction de la langue profane en langue savante a été fautive. On peut ici s'accorder avec Massé :

« Avant de devenir signe clinique, le symptôme devient [déjà] signe pour le malade lui-même et son entourage. Avant d'être un objet soumis aux pratiques signifiantes des divers thérapeutes, les manifestations empiriques de la maladie sont déjà des signes qui, (...) deviennent le vocabulaire de base d'un langage populaire de la maladie. Plus encore, ces "formes culturelles" ont déjà déterminé les manifestations et les modes d'expression qui sont acceptables, voire privilégiées, dans une culture donnée »⁸².

Cette perspective anthropologique éclaire certaines des étapes du processus perceptuel/cognitif tel qu'il est actuellement modélisé : au point de départ, les informations somatiques, auxquelles une attention doit être portée pour qu'elles soient détectées comme sensations somatiques puis expérimentées comme symptômes, soit de cause psychologique soit de cause physique, selon une attribution qui est déjà une interprétation. Le médecin herméneute interprète des symptômes qui sont déjà des informations transformées. Si comme le dit Benveniste, « le sémiotique (le signe) doit être RECONNU; le sémantique (le discours) doit être COMPRIS »⁸³, alors on peut redire que la sémiologie médicale est aussi une sémantique.

2.3. Le paradigme indiciel : de la sémiotique à l'herméneutique.

Carlo Ginzburg désigne la « sémiotique médicale » comme point commun à de nombreuses méthodes, comme celle de Giovanni Morelli (fin XIX^e) pour restituer chaque tableau à son véritable auteur et distinguer « entre les originaux et les copies », celle de Sherlock Holmes, et celle de Freud⁸⁴. Il met l'accent sur la distinction entre profane et connaisseur. La sémiotique médicale est la

« discipline qui permet de porter un diagnostic sur les maladies échappant à l'observation directe en se fondant sur des symptômes superficiels que le profane [...] juge parfois insignifiants ».

Cette discipline a plusieurs aspects, que Ginzburg regroupe sous le label de paradigme de l'indice : « il ne faut pas se fonder sur les caractères les plus manifestes », mais « au contraire se livrer à l'examen des détails les plus négligeables », « deviner par des traits dédaignés ou inobservés, par le rebut de l'observation, les choses secrètes ou cachées ». Les connexions s'appuient sur des preuves, elles ne sont pas seulement conjecturales, mais ces preuves sont souvent des « détails habituellement jugés comme dépourvus d'importance, voire franchement triviaux ». C'est que, devant une trace, une marque, un indice, un symptôme, un signe pictural, « la partie cachée de la réalité n'est pas moins importante que la partie visible ». Parmi toutes les marques visibles, les plus importantes, les plus déterminantes, ne sont pas forcément celles

⁸² MASSE Raymond, « Les conditions d'une anthropologie sémiotique de la détresse psychologique », *Recherche sémiotique / Semiotic Inquiry* (RSSI), 1999, 19 (1) : 39-62.

⁸³ BENVENISTE Emile, « Sémiologie de la langue », art.cit., p.64-65.

⁸⁴ GINZBURG Carlo, « Signes, traces, pistes... », art.cit.

qui sautent aux yeux en premier : « des traces parfois infinitésimales permettent d'appréhender une réalité plus profonde, qu'il serait impossible de saisir par d'autres moyens ».

Pour Ginzburg les racines de ce paradigme sont anciennes. Il pose une filiation plurimillénaire depuis l'homme chasseur, « qui reconstitue les formes et les déplacements de proies invisibles à partir d'empreintes laissées dans la boue, de branches cassées, d'excréments, de touffes de poils », etc. Ce « savoir de type cynégétique » condense une « capacité à remonter, à partir de données expérimentales apparemment négligeables, jusqu'à une réalité complexe [quelqu'un est passé par là] qui n'est pas directement expérimentale ». Une série de traits communs peut alors être mise en avant :

– Le chasseur comme le médecin, le critique d'art ou le détective déchiffrent l'effet (les traces, les signes) pour remonter à la cause (le passage d'un animal, la maladie).

– Il s'agit parfois, dans la médecine comme dans l'art divinatoire mésopotamien de lire des traces dont le déchiffrement est tourné non pas vers le passé mais vers l'avenir. La médecine est à la fois tournée vers le passé comme le chasseur (diagnostic) et vers l'avenir comme le devin (pronostic⁸⁵).

– « L'analyse de cas individuels ne peut être reconstituée qu'à l'aide de traces, de symptômes, d'indices », et non pas par l'application de règles générales ou statistiques : en médecine, apparaît alors un conflit avec le paradigme scientifique classique⁸⁶. On n'apprend pas à être un bon diagnosticien en se contentant de mettre en pratique des règles préexistantes : le coup d'œil et l'intuition sont indispensables. Méthode implicite de tout artisan (mais aussi des marins, des chasseurs, des pêcheurs), la connaissance par indices est une intuition « basse ». C'est une capacité à passer de manière immédiate du visible connu (le tableau symptomatique) à l'inconnu (la maladie), sur la base d'indices qui peuvent être ténus, ou confus.

Reprenons la suite de l'histoire de Ninon, évoquée plus haut. Nous avons indiqué la difficulté de nommer correctement des signes à partir d'indices purement langagier, quand il s'agit de symptômes rapportés par le malade, et qui n'ont pas d'autre matérialité observable pour le médecin. Mais à l'examen clinique neurologique de Ninon, on peut mettre en évidence... une ataxie? En est-ce bien une? De fait, Ninon ne tient pas bien la station debout. Je lui demande alors de marcher en mettant un pied devant l'autre, le long de la ligne visible qui sépare les panneaux du linoléum. Elle écarte les bras au maximum et avance comme le ferait un équilibriste suspendu sur son fil, montrant ce qu'elle rapportait (« une marche comme un funambule »). A ce moment là, crucial, le médecin doit juger si ce qu'il observe est une ataxie, ou non. Et si je réfléchis à ce qui m'a conduit à juger que ce n'était pas une ataxie, il me faut prendre en considération en premier lieu l'absence de concordance entre eux des « signes » neurologiques au cours de l'examen, mais aussi d'autres éléments finalement assez ténus et peut-être insignifiants. Par exemple, le fait qu'elle avait inauguré la consultation par ces mots : « Je suis venue parce que j'ai promis à Etienne », lequel avait fortement insisté pour qu'elle consulte, alors

⁸⁵ Cf. ARISTOTE, *Métaphysique - Tome I, Livres A-Z*, trad. Jules Tricot, Paris, Vrin, 2000 ; Méta.1010b12 : « en ce qui concerne le futur (...) l'opinion du médecin et celle de l'ignorant n'ont certainement pas une égale autorité, quand il s'agit de savoir, par exemple, si le malade recouvrera, ou non, la santé »

⁸⁶ Toutefois, on peut concéder que des régularités doivent être acquises pour discerner ce qui s'en écarte, et cela fait place à un usage pertinent des statistiques, qui expriment ces régularités. BUZZONI Marco, « On medicine as a human science », *Theoretical medicine* 2003; 24:79-94.

qu'elle ne le voulait pas. Autre détail : « des trous dans la vue comme un puzzle », si on s'y attarde, n'est pas la description habituelle, volontiers métaphorique au demeurant, que font les gens d'un scotome. Mais encore, et peut-être avant tout, l'impossibilité de dresser l'histoire de la malade à cause du flou d'une anamnèse désordonnée, le contraste dans le discours entre le drame du récit et la légèreté du ton, peuvent être élevés au rang de signes qui plaident contre une atteinte cérébrale lésionnelle. Cela ne paraîtra douteux qu'au profane, ou au novice : il y a des signes qu'il faut apprendre à ne pas voir, des symptômes qu'il faut apprendre à ne pas entendre. Indice du sujet : il peut brouiller les pistes, à son insu. Le « réglage » de ce qui est à voir ou à ne pas voir est un réglage délicat.

L'intérêt de la lecture proposée par Ginzburg est qu'elle met l'accent sur le fait que les indices probants en médecine ne sont pas toujours au premier plan des marques visibles, et qu'elle laisse entendre qu'ils sont à détecter dans un ensemble de marques, y compris des fausses traces. Le paradigme indiciel « trouve sa légitimation implicite dans la négation de la transparence de la réalité ». Et ce qui rend la réalité opaque c'est notamment la prolifération de marques, parmi lesquels il faut savoir repérer les indices qui sont des zones privilégiées permettant de la déchiffrer. C'est ce que nous détaillerons à présent.

B.3 LES MARQUES DU CORPS

Si on remonte en imagination au « bruit », aux phénomènes bruts du corps, avant la constitution du signe médical, que peut-on constater ? Le corps est le plan d'inscription de toutes sortes de marques. Parcourons-en le spectre, avant d'examiner si certaines d'entre elles doivent-elles être distinguées par un statut particulier ou si on doit les considérer dans un ensemble continu, qui s'étendrait depuis les marques des processus biologiques de formation de l'organisme vivant jusqu'au nom en tant que marque, au sens de la griffe du vêtement, de la signature. Nous situons alors le plan d'inscription des signes médicaux dans un ensemble plus vaste, mais qui n'est pas sans importance clinique.

En effet, les signes significatifs pour le médecin ne se détachent pas en effet sur un arrière-plan vierge de toute marque (comme une étude un peu rapide de la sémiologie médicale pourrait le faire accroire), mais sur un arrière-plan où elles foisonnent. Cela permettra de comprendre davantage que l'indice diagnostique soit à ce point caché et parfois difficile à saisir pour le profane.

3.1. Le corps, plan d'inscription d'une multitude de marques

Les processus biologiques d'individuation de la morphogénèse (et de l'organogénèse qui l'accompagne) impriment à la sphère initiale qu'est l'œuf des marques dans les trois plans de l'espace : polarité axiale de la tête à la queue (le coccyx) de laquelle se détachent des membres, lesquels forment des plis (pli axillaire, pli de l'aîne), polarité antéropostérieure qui rend inaccessible au regard une bonne partie de la surface corporelle, polarité sagittale qui concerne surtout la disposition des organes asymétriques internes et non visibles. Il y a aussi une polarité de l'intérieur vers la surface. Le corps se forme en étant pourvu de traits, de sillons, d'orifices, de reliefs, de zones de rétrécissements et d'élargissements : premières marques de la nature. Ces marques « naturelles » comportent aussi celles des anomalies du processus, des aléas de la

morphogénèse et de l'organogénèse (par exemple « taches de vin » ou angiomes, « bec de lièvre » ou fente labiale, doigts mal séparés ou syndactylie, anomalies de la différenciation sexuelle de l'hermaphrodisme) visibles souvent dès la naissance. Parmi les marques naturelles, il faut aussi mentionner les caractères sexuels secondaires, ces « traces sur l'amour du corps »⁸⁷, signes étranges issus du *germen* logé dans le *soma*.

Autrement dit, au niveau de l'organisme nous sommes marqués distinctement les uns des autres, nous sommes individués par nos marques corporelles. Pensons à l'identification par les traits du visage, aux empreintes digitales : les marques du corps ont un usage social et politique voire policier. C'est le terrain de la physiognomonie, mais aussi de la chiromancie. Dans des conflits, comme dans le massacre à grande échelle des Tutsis au Rwanda en 1994, l'identification de l'ennemi se fait sur quelques traits physiques : une grande taille, un nez fin, peu importe si vous êtes hutu, vous êtes identifié comme un « cancrelat tutsi »⁸⁸. Remarquons que leur caractère *nécessaire* (au sens d'un « ne cesse pas de s'écrire ») leur confère un statut particulier par rapport à la narration qui peut être faite par la personne de *ce corps-là* qui est le sien. Certaines sont des stigmates, au sens de Goffman, à savoir un « attribut qui jette un discrédit profond [sur l'individu qui le possède] »⁸⁹.

A ces marques naturelles vont s'ajouter celles, mêlées, des événements biographiques : petites ou grandes cicatrices des blessures de l'enfance, des vaccinations, de la varicelle, de l'acné⁹⁰ ; affaissement des traits, taches et rides du vieillissement (marques du temps) ; marques de la maladie et des traitements : boiterie de l'arthrose, atrophie de la polio, raideur de la maladie de Parkinson, cicatrices opératoires, ecchymoses des anticoagulants, calvitie de la pelade ou de la chimiothérapie : « l'abécédaire de la pathologie se grave sur le parchemin »⁹¹. Certaines signalent plus spécifiquement un habitus toxique : doigts et dents jaunis par la cigarette, voix rauque du fumeur, varicosités du visage de l'alcoolique, mains bouffies de l'injecteur, destruction nasale du *sniffeur* de coke, membres amputés de l'artérite cannabique. Le corps réparé par la médecine/chirurgie esthétique est aussi un stigmate⁹².

Elles font le pont avec des marques qui ne sont pas toujours d'appartenance ou d'initiation rituelle : tatouages, piercing, scarification, circoncision, excision. Ce que Le Breton appelle « l'écriture directe du collectif sur la chair de l'acteur »⁹³ est relativement atténué dans les

⁸⁷ LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre XX, Encore*, (1972-73), Paris, Seuil, 1975, p.11 : « L'amour, c'est ce qui apparaît en signes bizarres sur le corps. Ce sont ces caractères sexuels qui viennent d'au-delà, de cet endroit que nous avons cru pouvoir lorgner au microscope sous la forme du germe - dont je vous ferai remarquer qu'on ne peut dire que ce soit la vie puisque aussi bien ça porte la mort, la mort du corps, de le répéter. C'est de là que vient l'en-corps. Il est donc faux de dire qu'il y a séparation du soma et du germe, puisque, de loger ce germe, le corps porte des traces. Il y a des traces sur l'amour. Eh bien, ce ne sont que des traces. L'être du corps, certes, est sexué, mais c'est secondaire, comme on dit. Et comme l'expérience le démontre, ce ne sont pas de ces traces que dépend la jouissance du corps en tant qu'il symbolise l'Autre ».

⁸⁸ HATZFELD Jean, *Une saison de machettes ; récits*, Paris, Seuil, 2003.

⁸⁹ Goffman en distingue trois types, qui concernent tous la médecine à des degrés divers : les « monstruosité du corps » (ou diverses difformités); les tares de caractères (alcoolisme, fascisme, etc.) ; les stigmates « tribaux » tels que la nationalité ou la religion. GOFFMAN Erving, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit, 1975.

⁹⁰ MACNIVEN Abi, « 'Disease, illness, affliction? Don't know': Ambivalence and ambiguity in the narratives of young people about having acne », *Health* 2018; doi: 10.1177/1363459318762035.

⁹¹ SERRES Michel, *Les cinq sens* (1995), Paris, Arthème Fayard, « Pluriel », 2014, p.59.

⁹² MACIA Enguerran, CHEVE Dominique, « Vieillir en beauté ? Transformations et pratiques corporelles des femmes », *Gérontologie et société* 2012/1 ;140 : 23-35.

⁹³ LE BRETON David, *La sociologie du corps*, Paris, Presses Universitaires de France, 1992, p.73.

sociétés occidentales. Selon les contextes, leur signification sera différente (par exemple, la cure chirurgicale d'un phimosis réalise la même marque corporelle que la circoncision rituelle). La fonction érotique de ces marques a été soulignée par Lacan⁹⁴. Le tatouage, la scarification rituelle fonctionnent dans le rapport du sujet à l'Autre. Ces marques sont *pour l'autre* : elles situent le sujet, elles marquent sa place dans un champ relationnel (les individus du groupe), et en même temps, elles sont une incarnation de cet organe irréel qu'est la libido⁹⁵.

Il ne faut pas oublier les marques de ce que Marcel Mauss nommait les *techniques du corps* comme la marche, la nage, la position des mains à table, les positions sexuelles... Nature sociale de l'habitus, marques de l'éducation. On se tient, on marche, d'une certaine manière. Pour Mauss, le corps est le premier instrument, le premier objet technique naturel. Il y a des « montages physio-psychosociologiques de séries d'actes »⁹⁶ qui marquent le corps : corps buriné du marin ou de l'agriculteur, démarche caractéristique de la danseuse, marques de coups qui font, aux yeux de l'équipe, témoignage de l'engagement dans le match de rugby, et signent l'adhésion à l'éthique sportive⁹⁷. Wittgenstein suggère aussi des traces corporelles des événements, quelque chose d'autre que le simple souvenir :

« L'organisme comparé au rouleau d'un dictaphone ; l'impression, la trace, est l'altération du rouleau que la voix laisse derrière elle. Peut-on dire que le dictaphone (ou le rouleau) se souvient des paroles prononcées lorsqu'il restitue ce qui a été enregistré ? »⁹⁸

Quand on aura ajouté les marques corporelles de l'état émotionnel (paumes moites de l'émotif, rougeur du décolleté du prude) ou affectif (grimace du souffrant, front plissé de l'anxieux, masque figé du déprimé), les marques invisibles des symptômes fonctionnels, les marques neuronales des souvenirs, les marques décoratives du maquillage, des bijoux et des prothèses – la liste n'est pas complète⁹⁹ –, on pourra admettre que le corps peut (aussi) être envisagé comme un lieu d'inscription de marques, ou mieux encore que le corps s'individue par l'inscription de toutes ces marques. Autrement dit, il n'y aurait pas d'abord un corps « nu », vierge de marques, puis des marques qui distinguent certains parmi d'autres, mais le corps n'est

⁹⁴ Pour Lacan, la circoncision ou bien les rites de puberté qui comportent des marques, des tatouages, sont (j'ajoute : aussi) des incarnations du complexe de castration, c'est à dire qu'ils sont en liaison avec le désir. Le corps est concerné, mais la castration n'est pas réelle, la marque est réelle mais ce qui compte c'est le rapport signifiant. La marque imprime un effet de signifié sur le corps, et ce signifié c'est le manque. Autrement dit, le rapport à l'organe de la marque corporelle a un caractère essentiellement signifiant. Signifiant de quoi? D'un rapport. D'un rapport entre quoi et quoi? Entre deux pôles : le désir et la marque.

⁹⁵ LACAN Jacques, *Le Séminaire livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris, Seuil, 1973, p.240. (Désormais LACAN Jacques, *Les quatre concepts...*, op.cit.) : « Une des formes les plus antiques à incarner dans le corps, cet organe irréel [la lamelle, la libido], il n'y a pas à la chercher loin. C'est le tatouage, c'est la scarification. Bel et bien cette entaille, [...] (fonctionne) dans le rapport du sujet à l'Autre, d'être pour l'autre, où ce tatouage, cette scarification primitive, vient à situer le sujet, à marquer sa place, dans le champ des relations entre tous les individus du groupe, entre chacun et tous les autres; et en même temps à voir de façon évidente cette fonction érotique que tous ceux qui en ont approché la réalité, ont perçue ».

⁹⁶ MAUSS Marcel, « Les techniques du corps », *Journal de psychologie* 1936 ; XXXII (3-4).

⁹⁷ LE HENAFF Yannick, HEAS Stéphane, BODIN Dominique, ROBENE Luc, « Hématomes, éraflures, cicatrices. Les marques corporelles (involontaires ?) comme *métis* du rugby », *Revue du MAUSS*, 2008/2 ; n° 32 : 553-574.

⁹⁸ WITTGENSTEIN Ludwig, *RPPI*, op.cit., §220, p.60.

⁹⁹ On trouvera chez Nietzsche des formulations suggestives, par exemple : « L'homme objectif est comme un miroir qui expose son épiderme aux traces des êtres » (NIETZSCHE Friedrich, *Par delà bien et mal ; prélude d'une philosophie de l'avenir*, trad. Cornélius Heim, Paris, Gallimard, « Folio Essais », 1971, § 207). Pour Audi, le corps est « un champ de bataille peuplé de forces et d'affects ». On écrit, on fait œuvre, « avec sa chair et son sang » : AUDI Paul, *Où je suis. Topique du corps et de l'esprit*, Paris, Encre marine, 2004, p.75.

corps que parce que des marques le dessinent, le façonnent, le tiennent, le maintiennent, le décorent. Michel Serres écrit que « par la cosmétique, la vraie peau devient visible ; par la parure la loi singulière du corps apparaît »¹⁰⁰. Sinon, il reste un organisme (mais même l'organisme est marqué !). Autrement dit, pour être crédible, le corps, fût-il divin¹⁰¹, doit être marqué. C'est comme cela que je comprends cette formule un peu énigmatique de Lacan : « le corps est fait pour être marqué »¹⁰². En réalité, je la remplacerais volontiers par : il n'y a de corps que marqué.

Lacan a aussi répété que « le corps est fait pour jouir »¹⁰³, et par rapport à cela on peut suggérer que la marque inscrit à la fois la jouissance (les traces de la flagellation, l'engagement du boxeur ou du rugbyman, les points d'injections de substances) et la limitation de cette jouissance (circoncision, scarification rituelle initiatique, mains bouffies de l'injecteur : ces marques impriment le signifié « manque »).

Si le corps est le lieu qui se constitue par les marques qui s'y inscrivent, alors on peut entrevoir aussi cette oscillation permanente dans la philosophie comme dans le langage et l'expérience courants, entre corps propre (lieu de l'intimité, de l'identité), et corps comme « lieu de l'Autre¹⁰⁴ » – autre du langage¹⁰⁵, de l'éducation, de la culture¹⁰⁶, autre mon prochain qui me frappe, etc., cette oscillation entre mon corps que je suis et mon corps comme lieu autre, volontiers étrange voire étranger provoquant cette sensation d'étrangeté, qui fait que « cela », mon propre corps, me surprend. Comme le dit si joliment Paul Valéry :

« Cela obéit ou désobéit, accomplit ou entrave nos desseins ; il nous en vient des forces ou des défaillances surprenantes, associées à cette masse plus ou moins sensible qui tantôt se charge brusquement d'énergies impulsives qui le font 'agir' en vertu d'on en sait quel mystère intérieur ; tantôt semble devenir en elle-même le poids le plus accablant et le plus immuable »¹⁰⁷.

Le corps marqué est un lieu-chiasme entre extérieur et intérieur, identité et altérité. Allons plus loin : ces marques corporelles sont subjectivantes, au sens où elles produisent un effet-sujet. Le sujet « se fonde dans cette marque du corps qui le privilégie »¹⁰⁸.

¹⁰⁰ SERRES Michel, *Les cinq sens*, op.cit., p.35.

¹⁰¹ Selon les évangiles, même le corps du Ressuscité est marqué, et c'est grâce à ces marques, que Thomas peut voir et toucher, qu'il reconnaît et croit. « Si je ne vois pas dans ses mains la marque des clous, si je ne mets pas mon doigt à l'endroit des clous, si je ne mets pas la main dans son côté, non, je ne croirai pas! » (*Nouveau Testament*, Évangile de Jean 20 ;24-29).

¹⁰² LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre XIV, La logique du fantasme* (1966-1967), inédit, <http://ecole-lacanienne.net/>, séance du 10 mai 1967.

¹⁰³ LACAN Jacques, « La place de la psychanalyse dans la médecine, Conférence et débat du Collège de médecine à La Salpêtrière », *Lettres de l'École Freudienne de Paris*, 1967, n°1 ; *Cahiers du collège de Médecine* 1966 ;12 :761-774. URL : <http://ecole-lacanienne.net/bibliolacan/pas-tout-lacan/>. Désormais LACAN Jacques, « La place de la psychanalyse dans la médecine », art.cit.

¹⁰⁴ Si le lieu de l'Autre est dans le corps, comme le dit Lacan dans le séminaire *La logique du fantasme*, c'est bien une question de marque, car c'est « là [dans le corps] que s'inscrit la marque en tant que signifiant ».

¹⁰⁵ Le langage imprime aussi ses marques sur le corps : LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre XIII, L'objet de la psychanalyse* (1965-66), inédit, séance du 20 avril 1966.

¹⁰⁶ MAUSS Marcel, « Les techniques du corps », art.cit.

¹⁰⁷ VALÉRY Paul, « Réflexions simples sur le corps » (1943), *Ceuvres tome 3 - Variété V*, Paris, Le Livre de Poche, 2016, p.772.

¹⁰⁸ Et sous l'effet du signifiant, effet de couperet, quelque chose du corps tombe : c'est cela, « l'âme, si elle peut avoir une consistance ». Cet effet du langage, « c'est ce qui fait la monture de l'état de sujet » : LACAN Jacques, *L'objet de la psychanalyse*, op.cit., séance du 20 avril 1966.

3.2. De l'indice au champ de significations.

Nous avons pris le risque de ne constituer qu'un catalogue, en perdant quoi que ce soit de spécifique à certaines marques. Je pense toutefois que nous avons mieux situé le plan d'exposition sur lequel viendront se marquer des différences. Au corps comme lieu d'inscription d'une multitude de marques s'ajoute à présent une deuxième proposition : *une* marque (unique) est potentiellement *multivalente*.

Ces différences, on pourrait les polariser selon deux axes :

– un axe normatif : marques normales ou anormales, en référence à l'ordre du vivant ; indicateurs de santé et traces de la maladie ;

– un axe sémiotique et interprétatif, qui les distingue soit selon leur source (signes naturels ou artificiels ; marques supposant un contact physique avec le corps // marques imprimées par le langage), soit selon leur statut sémiotique (indice, signifiant, signature, signe, symbole, icône, mémorial...), soit selon leur sens, leur signification (et la méthode pour la déterminer : déchiffrement d'un rébus, lecture d'un texte, interprétation ésotérique, etc.)

A vrai dire ces axes non seulement se recoupent, mais supposent chacun un cadre de lecture, une méthode distincte, un appareillage théorique différent.

Le cadre de lecture propre à la médecine se rapporte surtout à l'axe normatif. Néanmoins, le clinicien doit être averti de cette multivalence selon l'axe sémiotique/interprétatif. Une même marque corporelle revêt, endosse, plusieurs statuts. On dit volontiers depuis Freud qu'un symptôme « est multi- ou surdéterminé »¹⁰⁹. Ici, une marque corporelle – en quelque sorte première – cristallise des significations variées qui l'enrichissent et la rendent plus complexe : en ce sens, elle devient aussi symptôme au sens freudien. Voyons cela à l'aide d'un exemple.

La cicatrice de Freud.

L'exemple concerne Freud lui-même¹¹⁰. Je résume le récit qu'on peut en faire, à partir des textes de Forrester et Schneider. A 2ans 1/2, le petit Sigmund, dont la famille vivait encore à la campagne, fait une chute, se blesse sévèrement au menton en cherchant à grimper sur un tabouret pour attraper quelque chose de bon dans le local à victuailles¹¹¹. Il saigne, sa blessure

¹⁰⁹ FREUD Sigmund, BREUER Joseph, *Etudes sur l'hystérie*, (1895) trad. Anne Berman, Paris, Presses Universitaires de France, 12^e éd., 1992, p.234.

¹¹⁰ On trouvera des éléments de cette histoire chez Freud lui-même (FREUD Sigmund, « Sur les souvenirs écrans » (1899), trad. D Berger, P Bruno, D Guérineau, F Oppenot, in : *Névrose, psychose et perversion*, Paris, Presses Universitaires de France, 6^e éd., 1988, p.113-132, et encore une lettre à Fliess, et deux passages de la *Traumdeutung* FREUD Sigmund, *Die Traumdeutung* (1900), trad. I Meyerson, *L'interprétation des rêves*, Paris, Presses Universitaires de France, 1987, p.24 et p.477), chez Lacan (LACAN Jacques, *L'objet de la psychanalyse*, op.cit., séance du 22 juin 1966), puis chez Max Schur (médecin de Freud pour les 15 dernières années de sa vie - SCHUR Max, *La mort dans la vie de Freud*, Paris, Gallimard, « Tel », 1975). Viviane Forrester (FORRESTER Viviane, *La violence du calme*, Paris, Seuil, 1987) et Monique Schneider (SCHNEIDER Monique, « Palper la cicatrice », *Revue française de psychosomatique* 2010/2 ; 38 : 53-64) ont travaillé à partir de ces documents sources.

¹¹¹ L'événement traumatique apparaît aussi transformé dans un autre rêve commenté dans la *Traumdeutung*, celle du fils-officier. Le lieu (un office) et la caisse où son fils dans le rêve veut prendre quelque chose sont des allusions à, rapporte Freud, « un accident qui m'advint entre deux et trois ans. Je montai sur un escabeau dans l'office, pour

sera recousue par un médecin borgne, Josef Pur, par ailleurs maire de la commune. Freud en gardera une cicatrice palpable, mais aussi l'idée que cela aurait pu être plus grave, l'association à un avertissement (« c'est bien fait pour toi ») qui lui vient peut-être de sa mère, mais qu'il adresse aussi à son fils qui est à la guerre lorsque ce souvenir d'enfance est intégré à un rêve. Le médecin aussi apparaîtra dans un rêve sous les traits d'un professeur de lycée borgne.

A la même période de cette prime enfance, une multitude d'autres événements se sont produits, qui n'apparaissent que travestis sous la forme de souvenirs écrans¹¹², et qu'il reconstitue dans l'analyse et par construction avec une histoire rapportée ou connue : la naissance de sa sœur Anna, le renvoi d'une bonne (qui aura été son professeur d'éducation sexuelle), le départ de Freiberg pour Vienne à cause de la pauvreté du père, et l'abandon de son neveu et de sa nièce qui restent à Freiberg.

Voici l'hypothèse que je propose à partir de cette histoire : c'est le corps lui-même qui est l'écran sur lesquels s'inscrivent les marques. La cicatrice au menton polarise un réseau de significations (je n'en ai restitué qu'une petite partie), en même temps qu'elle est trace d'un événement réel, lequel a été effacé de la mémoire, puis reconstruit. Elle est plus qu'un simple *indice*, elle polarise tout un champ de significations¹¹³.

Par extension, nous proposons de considérer les marques corporelles en général comme étant à la fois, potentiellement :

- l'indice d'un événement concret, réalité qui peut avoir été oubliée d'ailleurs, ou reconstruite.
- le mémorial d'une série d'événements de la réalité qui y sont associés dans le temps ou sur l'espace corporel¹¹⁴.
- l'index du désir. Dans l'exemple de Freud, la cicatrice renvoie à l'attrait des friandises, mais aussi à la cousine Pauline, etc.
- le support du fantasme, volontiers appuyé sur des petites réalités de l'enfance¹¹⁵.

prendre une friandise posée sur une caisse ou une table. L'escabeau se renversa et me frappa de son arête derrière la mâchoire inférieure ». (FREUD Sigmund, *L'interprétation des rêves*, op.cit. p.477).

¹¹² Cf. FREUD Sigmund, « Sur les souvenirs écrans », art.cit. : des souvenirs tableaux peu compréhensibles, avec des détails presque incongrus, grâce auxquels il reconstitue les déplacements qui ont eu lieu, et qui font de ces tableaux souvenirs un écran de projection des désirs infantiles et des fantasmes, composés avec les souvenirs et la réalité rapportée par l'entourage.

¹¹³ Lacan distingue la route, « celle qui va par exemple de Mantes à Rouen », et qui polarise un champ de significations (des habitations, des lieux de séjour, des activités s'organisent autour de la grand route comme telle) et le sentier des éléphants (qui est frayé par un passage migratoire), qui est la marque-indice (LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre III, Les psychoses (1955-1956)*, Paris, Seuil, 1981, séance du 20 juin 1965).

¹¹⁴ Dans *La Montagne Magique*, Hans Castorp fait un malaise, d'avoir chanté « jusqu'au dernier souffle ». Il se trouve alors « complètement à court d'air, aveugle, le pouls battant, et n'ayant plus devant les yeux qu'un scintillement multicolore ». Il se laisse tomber, et lorsque, rétabli tant bien que mal, il se relève, « sa nuque tremblait si vivement qu'en dépit de sa jeunesse, il branlait la tête exactement comme avait fait jadis le vieux Hans Lorenz Castorp ». Son grand-père se rappelle alors à son souvenir, et Hans se met à imiter la manière dont son aïeul combattait le tremblement en soutenant son menton. MANN Thomas, *La montagne magique*, op.cit., p.163. Les symptômes d'un malaise vagal trouvent une signification qui se surimprime aux déterminations physiologiques.

¹¹⁵ « Les fantasmes tard fabriqués par les hommes sur leur enfance s'appuient même en règle générale sur de petites réalités (*kleine Wirklichkeiten*) de ce temps lointain (*Vorzeit*), sans cela oublié. Il faut cependant pour cela un motif secret (*Geheim Motiv*) pour extraire le petit rien réel (*reale Nichtigkeit*) et en quelque façon le transformer, comme il est arrivé à Léonard avec l'oiseau nommé vautour et sa conduite extraordinaire ». FREUD Sigmund, « Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci » (1910), in *Œuvres complètes, vol X*, Paris, Presses Universitaires de France, 1993, p. 79-164. Pour Guy LE GAUFÉY (« De la réalité du fantasme », Séminaire inédit, 1984. URL : www.legaufey.fr/), « Le

– un ou des signifiants qui représentent le sujet pour d'autres signifiants, selon la définition « canonique » de Lacan¹¹⁶. Dans l'exemple freudien commenté par Forrester, cela foisonne même à outrance¹¹⁷.

Pour les ordonner, le réaliste pourrait proposer un différentiel d'écart entre chacune de ces valences et la marque concrète : la distance est minimale lorsque la marque est l'indice du réel de l'événement, effet d'une cause qui se passe d'un interprétant, la distance est maximale lorsque la marque sert au sujet à se signifier.

Lacan a longtemps insisté sur « l'autonomie de la dimension signifiante »¹¹⁸. Il a dit aussi, en parlant de la trace du pas de Vendredi effacée par Robinson, que le signifiant « commence non pas à la trace, mais à ceci qu'on efface la trace »¹¹⁹. Dans la *marque indice*, voire signal, il n'y a peut-être qu'un écart réduit, voire pas d'écart du tout : on est encore au stade d'une trace non effacée. Pour les marques corporelles, il faut peut-être alors distinguer celles qui sont seulement indices d'un passage, et celles qui polarisent un champ de significations. Mais est-ce possible? On peut imaginer passer d'un statut à un autre : trace ineffaçable et donc toujours indice, mais néanmoins effaçable et donc déjà signifiante, alors qu'elle reste visible. C'est comme cela que je comprends ce que dit Lacan dans la suite du passage sur la trace de Vendredi :

« dans leur fonction fondamentale, les rites d'initiation qui se marquent, qui s'inscrivent dans un certain nombre de formes de stigmatisations, de mutilations, (...) sont par les sujets eux-mêmes qui les expérimentent destinés à changer de nature » (nous soulignons).

La mutilation des rites initiatiques est marque indélébile sur le corps, mais elle *signifie* aussi que le désir est réorienté : le jeune est fait homme. La marque corporelle est trace (invisible) de l'effort d'effacer les traces des désirs naturels pré-initiatiques, qui sont réorientés. Elle est alors signifiante, au sens « où le sujet entoure la place de la trace effacée d'un cerne qui repère l'endroit où il a trouvé la trace »¹²⁰.

« motif secret », c'est la représentation de désir convoquée d'urgence par le manque essentiel qui se dévoile au sujet dans la poursuite de sa cause matérielle. Ce réinvestissement régrédient de la représentation de désir est ce qui va lier les « petits riens » des traces de souvenirs pour fabriquer un souvenir qui sera la réponse à la question devant laquelle le sujet a échoué. La production du fantasme va localiser cette jouissance « auto-erratique », elle va l'arrimer au système des représentations ».

¹¹⁶ « Un signifiant est ce qui représente un sujet pour un autre signifiant » : LACAN Jacques, « Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien » (1960), *Ecrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 819.

¹¹⁷ La cicatrice représente Freud auprès du médecin borgne, le médecin borgne renvoie à « on est prié de fermer un œil » (autre rêve de Freud), qui renvoie – entre autres – à la mort du père, au désir de Freud pour John, le neveu (fils d'Emmanuel, demi-frère de Sigmund) d'un an plus âgé qui est le « cousin » du texte du souvenir écran, et pour sa sœur Pauline (la fille de Fliess qui naît en 1895 s'appellera d'ailleurs Pauline sur l'insistance de Freud, et la même année naît chez Freud Anna, du même nom que la petite sœur de Sigmund qui naît quand il a deux ans et demi, du temps de John, du temps de la blessure au menton). Forrester suppose que Freud et Fliess ont eu ces deux filles ensemble, et que Pauline et Anna de 1895 sont des revenantes de Pauline et Anna de son enfance. Quand à John, il est revenant en Fliess, etc. FORRESTER Viviane, *La violence du calme*, op.cit.

¹¹⁸ LACAN Jacques, *Le séminaire, Livre V, Les formations de l'inconscient (1957-1958)*, texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris, Seuil, 1998, séance du 18 juin 1958. Désormais LACAN Jacques, *Les formations de l'inconscient*, op.cit.

¹¹⁹ LACAN Jacques, *Le séminaire, Livre VI, Le désir et son interprétation (1958-1959)*, texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris, Seuil, 2013, séance du 10 décembre 1958. Désormais, LACAN Jacques, *Le désir et son interprétation*, op.cit.

¹²⁰ LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre IX, L'identification (1961-1962)*, inédit, séance du 17 janvier 1962, <http://ecole-lacanienne.net>.

La cicatrice, c'est ce qui ne disparaît pas. Elle cerne l'endroit de la blessure, elle le montre en même temps qu'elle l'efface en tant que blessure. Elle vient à la fois attester qu'une blessure a eu lieu, mais en même temps rend invisible l'ouverture de la blessure. La cicatrice fonctionne comme un voile, et de là aussi comme un écran, dans le double sens et la double fonction de l'écran qu'on trouve aussi dans le souvenir-écran : un voile qui recouvre un événement, et en même temps, une surface de projection qui condense une série d'événements connexes, de bribes de souvenirs mais aussi des désirs et des fantasmes projetés de manière rétrograde sur le souvenir pour construire quelque chose d'inédit.

3.3. Retour à la clinique

Il y a des conséquences pour la médecine, qui n'est jamais loin quand quelque chose se trame du côté du corps : appelée pour soigner les blessures, pour déchiffrer les marques de la maladie, elle inscrit aussi ses propres marques, nous les avons mentionnées plus haut. Restons-en au niveau du déchiffrement : le signe médical doit être détecté et déchiffré au sein d'une multitude de marques corporelles, dont on a vu que pour chacune, une valence multiple était possible. La marque n'a pas qu'une cause, elle peut aussi faire causer, et le parlêtre peut discourir à l'infini. Le fabricant d'hypothèses qui néglige le malade comme insignifiant manque la vérité¹²¹.

La question de la vérité de la marque est en jeu. Si c'est une signature que l'on doit authentifier, il pourrait n'y avoir qu'une vérité qui vaille. Si notre hypothèse est correcte, la marque est multivalente, et il faut s'accommoder de cette multiplicité.

Cette question de la vérité se pose d'une manière analogue en ethnologie. Vincent Descombes clarifie le point en discutant Geertz et Ryle¹²². L'enjeu est de savoir si, alors qu'il est déplacé sur un terrain avec des modèles, une théorie et des schémas interprétatifs, l'ethnographe peut encore prétendre faire une description « mince », purement factuelle, ou s'il n'est pas toujours d'emblée dans une description « épaisse », enrichie par des éléments contextuels et donc interprétative. L'exemple bien connu est celui de deux garçons qui clignent de l'œil, l'un parce qu'il est affligé d'un tic du visage, l'autre pour faire un clin d'œil à son copain. Ryle soutient qu'on peut dire (description mince) que la paupière se contracte sans indiquer si le mouvement est involontaire ou s'il s'agit d'un signal – pour notre propos, un indice ou une signature. Descombes remarque que s'il y a plusieurs manières de raconter ce qui est vu, le garçon, lui, n'a fait qu'une seule chose. S'il donne un signal, il n'a rien de plus à faire que de contracter sa paupière. Par contre, l'ethnographe n'est justement pas un simple observateur, l'ethnographe n'aurait rien à tirer d'un simple mouvement (comme le tic facial), parce qu'il a toujours affaire à du signifiant (comme le clin d'œil).

Je fais le parallèle avec le médecin, mais à rebours: lui aussi dispose toujours de modèles et de schémas pour l'interprétation. Le médecin par contre n'a rien à tirer d'un clin d'œil¹²³, pour lui, c'est le tic facial qui est signifiant et qui l'amène à chercher d'autres signifiants corporels

¹²¹ PIGEAUD Jackie, *Poétiques du corps...*, op.cit., p.110.

¹²² DESCOMBES Vincent, « La confusion des langues », *Enquête* 1988 ; 6 : 35-54.

¹²³ Sauf à en tirer des conclusions peut-être hâtives sur la tentative de séduction dont il fait l'objet.

de l'algie vasculaire, ou de la paralysie faciale ancienne, etc. Le mouvement corporel, dès qu'il devient pertinent pour l'ethnographe/le médecin, est saisi dans une description épaisse. Entre la réalité physique de la paupière qui se contracte et ce que l'ethnographe/le médecin va noter dans son carnet de terrain, il y a toute l'épaisseur des significations permettant de faire entrer cet événement physique dans une catégorie culturelle ou scientifique. On le sait depuis Hippocrate, si la description des maladies c'est d'abord l'observation de la nature et non le raisonnement a priori, même l'observation dépend de la mentalité du moment. Il n'y a pas d'observateur neutre. Toutefois, la brièveté rhétorique des descriptions hippocratiques réduites à ce qui diffère, à ce qui fait signe, contraste avec la longueur de celles de l'historien Thucydide, qui, ne sachant pas ce qui est signifiant, raconte par écrit tout ce qui est connu¹²⁴. Or les descriptions sémiologiques d'Hippocrate nous parlent encore, bien que la théorie des humeurs dont il se servait pour interpréter les signes n'ait plus cours. Autrement dit, il y a entre les descriptions mince et épaisse de l'ethnologue un degré intermédiaire.

La sémiologie médicale rassemble au moins quatre fils : le fait morbifique (en tant qu'il s'exprime), la narration du malade (ici, en tant qu'elle rapporte des signes dits fonctionnels, inobservables mais ressentis), les perceptions ordonnées du médecin, la théorie qui organise les trois fils précédents.

Mais la narration du malade est déjà une interprétation des sensations somatiques. Nous l'avons évoqué plus haut : pour qu'une sensation somatique soit seulement détectée, il faut une attention aux « bruits » corporels (générés par une lésion, ou par le fonctionnement normal des organes, ou par la survenue d'une émotion, ou encore par une modification de l'environnement). Cette attention peut être aiguisée par un état anxieux ou une simple inquiétude, atténuée par toutes sortes de distractions. La sensation somatique fait l'objet d'une attribution, et c'est l'ensemble qui forme le « symptôme » (ou le signe fonctionnel) raconté au médecin : d'une certaine manière, le malade lit (déchiffre et interprète) ses propres traces¹²⁵.

Donc la sémiologie médicale rassemble une sémiotique, une sémantique et une herméneutique. Si on abandonne toute théorie, toute doctrine, alors la marque corporelle est comparable à du bruit non signifiant. Sans doctrine, la pratique est aveugle. En fait, que se passe-t-il le plus souvent ? C'est l'inverse. On en a fait quelque chose, mais qui ne bouge plus : un arrimage aux marques corporelles dans une signification figée. Comme si la marque portait de manière indélébile le poids de son inscription, une fois pour toutes. Comment l'oublier ?

Clavreul parle de la maladie comme carte de visite qui permet d'instaurer une relation humaine¹²⁶. La difficulté de ces situations est qu'elles peuvent être sous-tendues par le vœu de ne pas être reconnu ailleurs qu'à une place de malade, c'est-à-dire ailleurs que dans le discours médical. Nous verrons plus loin les difficultés de la demande. Aux psychothérapies interminables répondent des inscriptions interminables dans le domaine de la médecine. Il est

¹²⁴ PIGEAUD Jackie, *Poétiques du corps...*, op.cit., p.72-92.

¹²⁵ Ce processus, pour les symptômes physiques communs, est en partie déterminé par l'âge, le genre, et le statut social, la disponibilité de sources d'informations, les troubles de l'humeur et le fait d'être atteint d'une maladie chronique : KOLK Annemarie et al., « A symptom perception approach to common physical symptoms », art.cit.

¹²⁶ CLAVREUL Jean, *L'ordre médical*, Paris, Seuil, 1978, p.147.

délicat de distinguer ce qui nécessite « une inscription » dans le domaine organique, et ce qui renvoie à ce qui, du corps physique, ne trouve pas d'inscription organique.

La multivalence des traces invite le médecin à une clinique plurielle : proposons qu'une inscription corporelle est offerte à plusieurs lectures. On s'éloigne alors, mais à peine, de la polarisation diagnostique. Par exemple, la lecture d'une marque corporelle dans le vocabulaire médical peut s'élargir : telle mutilation corporelle n'est pas que l'indice d'un désordre de la personnalité, mais fait mémoire d'une histoire ; tel angiome facial n'est pas qu'une disgrâce physique nécessitant correction, mais inscrit celui qui la porte comme le fils de son père ; telles cicatrices sur le dos des mains ne sont pas que l'indice d'une fragilité cutanée d'origine génétique, mais rappellent la rage des coups donnés dans le mur. Lire la marque, c'est parfois remettre en circulation signifiante ce qui a été figé dans un sens unique pathologique.

Dans le registre de la logique modale, cela revient à essayer de desserrer l'emprise du nécessaire. Le nécessaire, comme le glose Lacan dans le séminaire *Encore*, c'est ce qui ne cesse pas de s'écrire¹²⁷, que je propose ici comme valant pour la marque corporelle : elle est nécessaire en tant qu'elle ne cesse pas d'être écrite à même le corps. Elle a été inscrite une seule fois peut-être, mais, d'être écrite à même le corps, elle ne cesse pas d'être visible, ou palpable¹²⁸.

Par contraste, le contingent, c'est ce qui cesse de ne pas s'écrire. Inscription qui interrompt une temporalité négative, qui met un terme au temps où rien n'était encore écrit. Mais proposons une autre lecture, en insérant une syncope/virgule : le contingent est ce qui cesse, de ne pas s'écrire¹²⁹. Autrement dit, avec un brin de sophisme, le contingent comme quelque chose de transitoire. On objecte immédiatement : une marque corporelle est indélébile. Ce qui est (déjà) écrit peut-il cesser de s'écrire, tout en étant indélébile ? Contingente au moment de son inscription, devient-elle pour autant nécessaire ? Une fois écrite, continue-t-elle de s'écrire ? (On peut imaginer la répétition de l'acte d'inscription). Peut-on interrompre cette répétition ? On peut maquiller une marque corporelle. Mais surtout, lire la trace peut la faire changer de sens, de valence. Quand bien même son écriture reste la même (sous l'angle de la description fine), sa signification est tout autre (sous l'angle de la description épaisse), et la première signification, qui avait pu apparaître comme un sens nécessairement figé, se révèle après-coup avoir été contingente : elle cesse, de ne plus s'écrire à l'identique, ou plutôt, de ne plus être lue de la même manière.

Dans un séminaire, Lacan énonce : « Un être qui peut lire sa trace, cela suffit à ce qu'il puisse se réinscrire ailleurs que là d'où il l'a portée »¹³⁰. Et un peu plus loin :

¹²⁷ LACAN Jacques, *Encore*, op. cit., p. 86.

¹²⁸ Elle est nécessaire aussi par exemple pour les agents de l'Office français de l'immigration, en tant que preuve irréfutable des violences subies (bien plus que la narration qui est faite de ces violences par les demandeurs d'asile) : pas de marques corporelles, pas de discours véridique.

¹²⁹ C'est la symétrie avec le possible qui nous la suggère. La définition lacanienne : « Le possible est ce qui cesse de s'écrire » (LACAN Jacques, *Encore*, op. cit., p. 86-87), se comprend mieux, me semble-t-il, avec une syncope/virgule. Le possible est ce qui cesse, de s'écrire. Autrement dit, le possible est ce qui cesse (d'être une simple virtualité) dès lors qu'une inscription a lieu : passage de la potentialité à son actualisation.

¹³⁰ LACAN Jacques *Le Séminaire, Livre XVI, D'un autre à l'Autre* (1968-1969), texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris, Seuil, 2006, séance du 14 mai 1969, p. 314.

« Tout s'ouvre à ce qui est du registre du sujet défini comme "c'est ce qui efface ses traces". Le sujet, à la limite et pour faire sentir la dimension originale de ce dont il s'agit, je l'appellerai celui qui remplace ses traces par sa signature ».

C'est-à-dire une marque « subjective ». Un sujet possible, c'est celui qui transforme la trace qui l'a marqué, ou peut-être, en jargon canguilhemien, qui retrouve une normativité élargie. La marque n'est plus nécessaire à soutenir le sujet : nous y reviendrons à propos de l'individualisation des soins.

On opposera que le contingent c'est quelque chose qui arrive, enfin ! Quelque chose n'était pas encore écrit, et cette *non-inscription* cesse. Cesser de ne pas s'écrire renvoie à quelque chose qui enfin s'écrit. Ici je suggère autre chose à propos de la marque : ce n'est plus simplement une marque, c'est devenu une écriture, donc quelque chose qui peut enfin être lu, ou déchiffré comme un rébus. Dans les deux cas, ce n'est plus un bruit, c'est devenu un message. Le contingent, c'est l'accès à la lecture d'une marque¹³¹.

Un petit exemple est lisible dans *Hors de moi* : la narratrice, atteinte d'une maladie auto-immune, perd sa capacité d'écrire. Sa main se dérobe. L'écriture se déforme. Signe de perturbations neurologiques pour les médecins, la narratrice en fait une description épaisse : les lettres étranges répondent à des pulsions archaïques, l'écriture se délie de la volonté, s'échappe des codes. Et c'est cette description épaisse qui aboutit à une interprétation, donc à une lecture de sa trace : « il est temps d'écrire autrement »¹³².

Nous pouvons aussi nous figurer le parcours de Philippe Petit comme celui de quelqu'un qui lit sa trace¹³³. Il interprète sa maladie, et prend pour prétexte une hypothèse empruntée à Dejours selon laquelle la maladie somatique ne se loge pas au hasard dans le corps, mais dans des organes où se joue un écart entre la fonction biologique et la subversion libidinale. Atteint d'un cancer de la prostate, organe impliqué dans la sexualité « active » (érection et éjaculation) mais aussi « passive » (son innervation est stimulée par la pénétration anale qui n'est qu'allusivement évoquée), Philippe Petit laisse cependant inachevée la lecture de sa trace pour le lecteur du livre.

En insistant autant sur la sémiologie, les traces et les marques du corps, nous avons certes mis l'accent sur ce qui préoccupe le médecin amené à en déchiffrer le sens pour porter un diagnostic, mais nous avons presque déjà perdu de vue que le corps, en tant qu'il « *donne lieu* à l'existence »¹³⁴, est le lieu de l'expérience vitale.

C. VIES DU CORPS DANS LA CONSULTATION MEDICALE

Quand on cherche à « serrer » la focale sur le corps qui *a lieu* dans et pour la pratique médicale, la phénoménologie de la consultation semble accréditer en première analyse une double vie du corps. Allusion est faite ici à l'expression « mener une double vie », dont la

¹³¹ Le contingent s'oppose aussi à l'impossible (ce qui ne cesse pas de ne pas s'écrire) : pas d'inscription, pas de marque. Donc pas de corps non plus, si nous sommes conséquents. Cela rappelle l'ours mal léché.

¹³² MARIN Claire, *Hors de moi*, Paris, Alia, 2008, p.26.

¹³³ PETIT Philippe, *Philosophie de la prostate*, op.cit.

¹³⁴ NANCY Jean-Luc, *Corpus*, op.cit., p.16.

tonalité licencieuse indique déjà l’horizon éthique, érotique, et même esthétique de ce qu’il nous faudra penser. Mais peut-être devrait-on annoncer d’emblée « *les doubles vies du corps* »¹³⁵. Paul Valéry propose que « le nom Corps répond dans l’usage à plusieurs besoins d’expression très différents », et qu’il y en a au moins trois dans la pensée de chacun, donc « *Trois Corps – au moins* » : la « chose si mienne » et pourtant notre principal antagoniste (*Mon corps*), un *Second Corps* qui apparaît, aux autres et dans le miroir, et qu’on ne connaît qu’en surface, un *Troisième Corps* dont l’unité ne peut être que pensée, puisqu’on ne le connaît qu’après l’avoir mis en pièce, la machine interne, le corps des savants. Pour résoudre tous les problèmes qui peuvent se poser (l’origine de la vie, la nature de l’esprit, la liberté des actes...), il faut imaginer un *Quatrième Corps*, « l’inconnaissable objet dont la connaissance résoudrait d’un seul coup tous ces problèmes, car ils l’impliquent »¹³⁶. On pourrait partir en effet de toute philosophie ou science traitant du corps – elles sont nombreuses – et examiner leur accueil et leur devenir sur la scène médicale¹³⁷ : se voit remise en question ce qu’on pourrait appeler la « philosophie spontanée » des médecins¹³⁸, c’est-à-dire les idées qu’ils se font de leur pratique.

D’une part, il semble évident et presque inquestionnable que la médecine s’affaire avec des corps, les examine et les soigne. D’autre part, prises de parole profanes et discours savants ne cessent d’indiquer que le corps n’est jamais tout à fait là où on l’attend. Se pourrait-il que la médecine soit une autarcie, qui peut se permettre d’ignorer, dans son exercice, ce que lui signalent sociologues et politistes, philosophes et anthropologues, mais aussi et avant tout les malades eux-mêmes, à propos du corps ?¹³⁹

C.1 LA DOUBLE VIE INAUGURÉE PAR LA CONSULTATION

Il convient dans un premier temps d’affirmer que la consultation médicale opère par elle-même, de son propre fait, un dédoublement du corps, une scission dans l’existence concrète. La rencontre avec la médecine inaugure une « double vie » du corps qui accentue l’écart entre savoirs profanes et discours savants. Evoquons les existences rythmées par les séances de dialyse ou de chimiothérapie ; les parcours de soins scandés de spécialiste en spécialiste, chacun d’eux ne scrutant qu’une parcelle d’un corps désormais découpé par tranches d’intérêt ; les trajectoires intra-hospitalières des malades qui n’intéressent aucune discipline, etc. Dans toutes ces situations, de plus en plus nombreuses, la saisie du vivant parlant par l’institution

¹³⁵ Une version de ce paragraphe a été publiée dans WEBER Jean-Christophe, *La consultation*, Paris, Presses Universitaires de France, « Questions de soin », 2017, chapitre 2.

¹³⁶ VALÉRY Paul, « Réflexions simples sur le corps », op.cit., p.772-7.

¹³⁷ Pour quelques aperçus empruntant des axes d’analyses variés : REICHLER Claude (dir), *Le corps et ses fictions*, Paris, Minuit, 1983 ; RICHIR Marc, *Le corps ; essai sur l’intériorité*, Paris, Hatier, 1993 ; MEMMI Dominique, *Les gardiens du corps, Dix ans de magistère bioéthique*, Paris, Éditions de l’EHESS, 1996 ; HENRY Michel, *Incarnation, une philosophie de la chair*, Paris, Seuil, 2000 ; NANCY Jean-Luc, *Corpus*, op.cit. ; BOËTSCH Gilles, HERVE Christian, ROZENBERG Jacques J (dir), *Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé*, Bruxelles, De Boeck, 2007 ; MEMMI Dominique, GUILLO Dominique, MARTIN Olivier (dir.), *La tentation du corps ; corporéité et sciences sociales*, Paris, Éditions de l’EHESS, « Cas de figure », 2009 ; MEMMI Dominique, *La revanche de la chair ; essai sur les nouveaux supports de l’identité*, Paris, Seuil, 2014.

¹³⁸ Cf. ALTHUSSER Louis, *Philosophie et philosophie spontanée des savants*, Paris, Maspero, 1974.

¹³⁹ Pour un aperçu du foisonnement de représentations, voir par exemple DESPRES Caroline, GOTTOT Serge, MELLERIO Hélène, TEIXEIRA Maria, *Regards croisés sur la santé et la maladie. Recherches anthropologiques, recherches cliniques*, Paris, Editions des archives contemporaines, 2016.

médicale en isole des fragments et fait perdre de vue, pour les professionnels voire pour les intéressés eux-mêmes, la continuité temporelle et narrative de l'existence¹⁴⁰. Les médecins doivent-ils s'en préoccuper ? Pour Klotz, la maladie est « cette mosaïque unique pour chaque malade, qui nécessite de la part du médecin une attention précise et une intuition fine, au-delà de connaissances scientifiques et techniques souvent de qualité »¹⁴¹. Oui, mais comment acquérir cette sensibilité, qui résulte « d'une alchimie complexe de connaissances scientifiques, de vécu personnel, de compagnonnage, d'ethnoculture et même de curiosité artistique » ? « Le médecin se doit d'être cultivé » pour être plus proche d'autrui, alors que « les spécialistes d'organes et souvent de parties d'organes, ne voient plus le malade, ne lui parlent plus, ne communiquent plus avec lui que par l'intermédiaire de leur machine »¹⁴². Nous reviendrons dans la deuxième partie de la thèse sur quelques aspects de la crise de grande amplitude que traverse la médecine.

Si on adopte un point de vue foucauldien, celui de la biopolitique et du gouvernement pastoral, précieux pour questionner toute la dimension normative en médecine, on peut aussi constater d'autres dédoublements : au corps traversé par toutes sortes de dérèglements la médecine va opposer, sous couvert de santé, un corps discipliné, et maîtrisé ; les normes médicales diffusent l'idée, sinon l'idéal, d'un corps prescrit, difficile à atteindre (Cf. chapitre VI).

Mais le plus prégnant au cœur de la consultation est l'écart, la divergence même, entre le discours savant et l'expérience corporelle subjective, entre *Körper* et *Leib*, entre maladie du médecin et maladie du malade¹⁴³, « maladie en troisième personne » et « maladie en première personne »¹⁴⁴. Dans ce sous-chapitre, nous voulons creuser cette interrogation, en nous focalisant sur quelques éclairages venant de la psychanalyse. Le choix de cette discipline s'impose pour deux raisons : Freud l'inaugure à cause d'une difficulté posée à la médecine dans son exercice même¹⁴⁵ ; elle porte des questionnements sur le corps et la parole qui éclairent directement des points de difficultés pratiques posés au clinicien. Même si la maladie peut produire le sentiment d'un corps devenu autre, ce qui était encore « unifié » dans l'éprouvé de soi devient double du fait de l'intervention médicale qui isole une modalité désincarnée du corps. Les signaux produits par le corps et isolés comme des faits significatifs sont détachés de l'expérience vécue. La parole qui importe est celle qui focalise l'enquête du médecin sur telle ou telle région. Le malade ignore que le savoir du médecin sur le corps est un savoir circonscrit. Pour le malade, plaisir et souffrance se greffent sur une sorte de connaissance instinctuelle de son corps, connaissance sans savoir et néanmoins exigible pour

¹⁴⁰ Les récits publiés des patients en fournissent des illustrations remarquables. Voir par exemple SEY Marie, *Le malaise d'Hippocrate. Témoignage d'une femme de lettres atteinte de la SLA*, Paris, Les Editions Chapitre.com, 2016.

¹⁴¹ KLOTZ Francis, « Acquérir de la sensibilité » *Le Concours Médical* 1998;120:229.

¹⁴² KLOTZ Francis, « Sens de la vie et médecine », *Le Concours Médical* 1996;118:2551.

¹⁴³ Sur cette distinction, on se reportera à Canguilhem discutant des positions de Leriche. CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, op.cit., p.52 sq.

¹⁴⁴ LAPLANTINE François, *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, 1986, p.19.

¹⁴⁵ Comme le dit Freud en 1926 à son « interlocuteur impartial », « L'homme malade est un être compliqué, il est susceptible de nous rappeler que les phénomènes psychiques, si difficiles à saisir, ne doivent pas être effacés du tableau de la vie. Le névrosé est certes une complication non souhaitée, un embarras pour l'art de guérir (...). Mais il existe et il concerne la médecine de très près » (nous soulignons). FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane » [1926], trad. J. Altounian, A. Bourguignon, P. Cotet, A. Rauzy, *Ceuvres Complètes Tome XVIII 1926-1930*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994, p. 57 (traduction légèrement modifiée).

que le vivant satisfasse ses besoins (boire, manger, dormir, se mouvoir, etc.)¹⁴⁶. Or « mon existence comme subjectivité ne fait qu'un avec mon existence comme corps »¹⁴⁷. Cette corporalité vive, dont le malade fait particulièrement l'épreuve au cours de la maladie, n'a pas une place acquise de droit dans une médecine qui se placerait uniquement du côté de la science, mais revendique une place de fait quand il s'agit des soins concrets : de nombreux refus de traitements sont motivés par l'expérience négative de la vie malade appareillée par ces traitements, même s'ils traitent la maladie.

On est alors en droit de se demander si le corps des traités de médecine, le corps en tant qu'objet d'explorations et de soins, a une existence réelle ou s'il est (s'il n'est que) une construction savante¹⁴⁸. Affirmons-le sans trop de précautions : les deux assertions sont justes ! La construction savante est un médium échafaudé pour un accès rationnel au corps à soigner (elle oriente les représentations du praticien, la manière dont il scrute le corps et celle dont il entreprend de le manipuler), mais l'écart qu'elle creuse avec le corps dont l'existence réelle est attestée pour les deux protagonistes génère une difficulté commune : si le malade voit son corps entamer une double vie, le médecin affronte ce problème qu'intervenant sur le *Körper* il affecte le *Leib*. Le médecin se sert des connaissances scientifiques sur le corps – au risque d'oublier que toute démarche de science opère une réduction de son objet d'étude – mais son intervention concrète affecte le corps réel du malade. Pour que ce soit clair : une maladie de la prostate ne retentit pas seulement sur la vidange vésicale et la composition du sperme, elle érode aussi la vie sexuelle ; l'ablation totale de la mamelle traite le cancer de la glande mammaire mais affecte aussi les seins et la représentation de soi qui les intègre, etc. Le malade, oscillant entre avoir un corps et être ce corps, prend-il au sérieux les représentations savantes qui organisent la manière dont il sera scruté et soigné, ou bien n'y voit-il qu'une étrange construction ? Ce hiatus génère des malentendus et des insatisfactions, dont le médecin doit être averti, car il est responsable de ce qui peut ou non advenir dans l'espace clinique¹⁴⁹.

A propos du dispositif architectural et d'apprentissage qu'on a désigné sous le nom de clinique, Foucault écrit :

« La clinique n'est pas un instrument pour découvrir une vérité encore inconnue ; c'est une certaine manière de disposer la vérité déjà acquise et de la présenter pour qu'elle se dévoile systématiquement »¹⁵⁰.

Il me semble légitime d'étendre son propos à la clinique au sens d'une modalité théorico-pratique de l'exercice médical¹⁵¹ : quelle vérité corporelle y est-elle projetée ? Quel corps y

¹⁴⁶ LACAN Jacques, « Subversion du sujet et dialectique du désir... », op.cit., p. 793-827 : « Nous insistons à promouvoir que fondé ou non dans l'observation biologique, *l'instinct, parmi les modes de connaissance que la nature exige du vivant pour qu'il satisfasse ses besoins, se définit comme cette connaissance qu'on admire de ne pouvoir être un savoir* » (Nos italiques).

¹⁴⁷ MERLEAU-PONTY Maurice, *Phénoménologie de la perception*, op.cit., p. 470.

¹⁴⁸ HACKING Ian, *Entre science et réalité : la construction sociale de quoi ?*, Paris, La Découverte, 2001.

¹⁴⁹ WEBER Jean-Christophe, « Clinique des malentendus, malentendus dans la clinique médicale », *Revue des Sciences Sociales* 2013 ; n°50 : 102-9.

¹⁵⁰ FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique*, op.cit., p. 59.

¹⁵¹ Gérard Haddad raconte comment il a cherché la clinique du Dr Lacan pour y faire une analyse. Il avait lu que ce dernier faisait allusion à « sa clinique ». HADDAD Gérard, *Le jour où Lacan m'a adopté*, Paris, Grasset et Fasquelle, 2002, p.81.

apparaît, devient manifeste, s'exprime ? Si la clinique ne fait place qu'au corps de la construction savante, une grande part de l'expérience du malade ne sera ni connue ni reconnue.

Pourtant, et contre une interprétation trop radicale de la construction savante, nous pensons que l'écart entre construction savante et corps vécu – s'il est réfléchi et assumé comme tel par le médecin – se reflète dans l'écart (réfléchi et assumé lui aussi) épistémologique et éthique entre science médicale et pratique clinique. Dès lors, il ne s'agit ni de laisser venir en pleine lumière le corps vécu qui se tenait dans l'ombre et de lui accorder l'exclusivité, ni à l'inverse de produire de toutes pièces un corps savant mais déconnecté de l'expérience. Ce qui émerge dans la consultation, et retentit très concrètement dans les décisions prises, apparaît en fait comme un corps *inédit* : étranger, inquiétant et fascinant pour le malade¹⁵², ce corps n'est plus vraiment le corps qu'il est (je me sentais dans tel état, j'étais ainsi, mais je me *sais* maintenant autrement que je ne *suis*), et à peine encore celui qu'il a (mon corps manifeste son irréductible impropriété, je constate – maintenant – qu'il a – de toujours – mené en quelque sorte sa propre vie)¹⁵³. Si « le corps à chaque moment exprime l'existence, [...] au sens où la parole exprime la pensée »¹⁵⁴, alors je ne peux ignorer que mon corps malade exprime une existence malmenée¹⁵⁵. Mais attention : il est *inédit* aussi pour le médecin (toute situation clinique est nouvelle), s'il se laisse déranger de ses constructions – et il doit le faire : impératif technique du soin à l'individu particulier (inaccessible comme tel à la science¹⁵⁶) ; impératif éthique de l'accueil fait au sujet (corrélât antinomique de l'opération scientifique objectivante¹⁵⁷).

La question concrète se formule alors ainsi : comment configurons-nous le dispositif de la consultation – son praticable –, en vue de quels dévoilements, pour y laisser advenir quelles vérités du corps¹⁵⁸ ? Car la faille qui se creuse entre *Körper* et *Leib*, entre le corps calibré par la médecine et le corps éprouvé du malade a tendance à s'élargir du seul fait du découpage du savoir médical en spécialités de plus en plus étroites : le corps saisi par la médecine n'est alors plus tant un organisme (une construction complète) qu'une collection incomplète de multiples systèmes de fonctionnement partiels. Inutile de dire que le malade y trouve encore moins son compte, et s'en trouve dépossédé.

¹⁵² Ou pour le philosophe : « C'est depuis mon corps que j'ai mon corps comme à moi étranger, exproprié ». NANCY Jean-Luc, *Corpus*, op.cit., p.19.

¹⁵³ Sur avoir et/ou être un corps, voir aussi par ex. EDELMANN Bernard, *Ni chose ni personne. Le corps humain en question*, Paris, Hermann, 2009 ; VIRNO Paolo, *L'usage de la vie et autres sujets d'inquiétude*, op.cit, p. 20-2.

¹⁵⁴ MERLEAU-PONTY Maurice, *Phénoménologie de la perception*, op.cit., p.204.

¹⁵⁵ « Un homme qui vit en malade n'est que corps, c'est là ce qu'il y a d'antihumain et d'humiliant ». MANN Thomas, *La montagne magique*, op.cit., p.141.

¹⁵⁶ Et ceci a été déjà posé par Aristote : « Si donc on possède la notion sans l'expérience, et que, connaissant l'universel, on ignore l'individuel qui y est contenu, on commettra souvent des erreurs de traitement, car ce qu'il faut guérir avant tout, c'est l'individu » (*Mét.*, 981 a21). Nous y reviendrons amplement.

¹⁵⁷ LACAN Jacques, « La science et la vérité » (1965), *Ecrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 861 : « Le sujet au quotidien reste le corrélât de la science ; mais un corrélât antinomique puisque la science s'avère définie par la non-issue de l'effort pour le suturer ».

¹⁵⁸ Ce qui revient à questionner : la place de la parole, le statut du savoir, l'accueil de la demande, le transfert, etc. (voir WEBER Jean-Christophe, « La psychanalyse au cœur de la médecine », *Le Coq-Héron*, 1999, 158 : 23-31). Cette question fait l'objet actuellement d'une attention particulière de la part des sociologues et anthropologues de la santé, autour des notions de « savoirs d'expérience », de « patient expert », de « savoirs profanes », etc. Voir chapitre IX.

C.2 LA DOUBLE VIE PULSIONNELLE

Quand le médecin rencontre des « choses bizarres » qui n'entrent pas dans le registre de la lésion organique (une douleur, un symptôme sans raisons apparentes), il n'emploie pas tellement la distinction entre *Körper* et *Leib* pour les éclairer, et encore moins la nature jouissive du corps, mais a tendance à les reléguer dans des marges qu'on nomme fonctionnelles, psychiques, ou morales¹⁵⁹ : troubles fonctionnels intestinaux, symptômes psychosomatiques, dépression masquée, somatisations, etc. Ces phénomènes sont pourtant loin d'être marginaux et la consultation prend une autre tournure si on tient que la double vie du corps est le régime commun de sa présentation en clinique médicale. La psychanalyse s'avère ici précisément féconde pour penser la pratique du corps en médecine. Nous venons d'évoquer la jouissance, mais les pistes offertes par le champ freudien sont multiples : image du corps, narcissisme, masochisme, pulsion de mort, etc. Nous ne pouvons tout évoquer ici, aussi nous limiterons à deux aspects, qui touchent à la pulsion et au langage. En important ainsi dans le registre de la médecine des élaborations propres au champ freudien, on court le risque de perdre le tranchant des notions psychanalytiques. Toutefois, la vraie fécondité d'un paradigme se vérifie dans son exportation possible hors de son lieu de production initiale¹⁶⁰.

Freud suppose aux organes (et aux fonctions corporelles) une double vie : une vie organique, au service des besoins vitaux, de l'adaptation au milieu, avec des ratages plus ou moins graves, plus ou moins inquiétants (des palpitations, une vague douleur); et une vie qui échappe à toute finalité naturelle ou fonction d'adaptation, et qui est volontiers saisie par la démesure et l'excès : selon les époques on la nommera ensuite désir, pulsion, vie érotique, passion, jouissance, chair...¹⁶¹. Proposons que les organes sont impliqués dans la vie libidinale, érogène¹⁶². Eros est cette énergie, la libido, que Freud a mise au principe de l'énergie psychique, celle « qui fait se conjoindre les corps vivants pour se reproduire »¹⁶³. C'est une mythologie, une fiction métapsychologique¹⁶⁴, dont le but est opératoire : rendre pensable ce qui est autrement inconnaissable¹⁶⁵. Retenons comme signification de la pulsion l'investissement de la matière corporelle par un principe qui n'est pas celui de l'homéostasie, de l'équilibre harmonieux. Lacan dit que « les pulsions intègrent dialectiquement les fonctions

¹⁵⁹ ASSOUN Paul-Laurent, *Corps et symptôme. Leçons de psychanalyse*, Paris, Anthropos/Economica, 4e éd., 2015, p. 31.

¹⁶⁰ Pour un aperçu de la variété des discours analytiques sur le corps, voir COLLECTIF, *Les organes. Le fait de l'analyse* n°5, Paris, Autrement, septembre 1998. Pour une exégèse fine des occurrences freudiennes sur le corps et la maladie somatique, ASSOUN Paul-Laurent, *Corps et symptôme...*, op.cit.

¹⁶¹ Par exemple, Michel Henry nomme « chair » le corps qui « s'éprouvant, se souffrant se subissant et ainsi jouissant de soi selon des impressions toujours renaissantes ». (HENRY Michel, *Incarnation, une philosophie de la chair*, op.cit., p.8)

¹⁶² Dans un ouvrage tardif, Freud proposera que « dans les fonctions biologiques, les deux pulsions fondamentales [Eros et la pulsion de mort] sont antagonistes et bien combinées ». FREUD Sigmund, *Abrégé de psychanalyse*, 1938, trad. Anne Berman, Paris, Presses Universitaires de France, 10^e édition, 1985, p.8.

¹⁶³ LACAN Jacques, « Conférence à Bruxelles sur l'éthique de la psychanalyse » (1963), *Psychoanalyse* 1986 ; 4 : 163-87. Texte republié sous le titre de « Discours aux catholiques », in *Le triomphe de la religion, précédé de Discours aux catholiques*, Paris, Seuil, « Champ Freudien », 2005, p. 46.

¹⁶⁴ « Une fiction métapsychologique se forme à partir d'une clinique de l'expérience et au cours d'une élaboration théorique tendant à en rendre compte ou même plutôt à l'interroger ». FEDIDA Pierre, « La construction du corps dans la fiction métapsychologique », in REICHLER Claude (dir), *Le corps et ses fictions*, op.cit., p.21.

¹⁶⁵ Il en est ainsi déjà chez Platon : le recours au *mythos* est parfois nécessaire quand le *logos* achoppe. LEVY Benny, *Le meurtre du pasteur. Critique de la vision politique du monde*, Verdier-Grasset, « Figures », 2002.

des organes »¹⁶⁶. La pulsion délimite des zones érogènes, qu'elle isole du métabolisme de la fonction de leur correspondant anatomique ou physiologique. Si tout organe est susceptible de procurer excitation et jouissance locales, l'effet de délimitation est facilité par l'anatomie des marges et des bords : « lèvres, 'enclos des dents', marge de l'anus, sillon pénien, vagin, fente palpébrale, voire cornet de l'oreille »¹⁶⁷. Nous avons donc un corps dont l'économie biologique que détaillent les sciences de la vie est brouillée en quelque sorte par une économie parallèle, non pas souterraine car elle peut être aussi bien en surface. Une économie érotique y a cours, dont la topologie dessine une curieuse anatomie, qui relève de la langue populaire et non du discours savant¹⁶⁸. Ce sont deux ordres hétérogènes¹⁶⁹, et l'économie des satisfactions peut s'affranchir des rythmes organiques. Lacan donne l'exemple du fétichisme pour bien le faire saisir : on peut éjaculer à la vue d'une pantoufle, mais aucune pantoufle ne viendra jamais calmer la faim d'un individu¹⁷⁰. C'est parce que les ordres sont hétérogènes qu'il nous semble problématique d'adhérer à certaines thèses psychosomatiques du choix d'organe¹⁷¹.

Ce que nous avons déjà dit à propos des marques peut être étendu : un segment de corps peut servir de matériel signifiant pour ce qu'a à signifier le sujet. Cette double vie du corps implique non seulement la pulsion, mais aussi le langage, et donc autrui. Le corps suggestible des hystériques de Charcot sollicite ardemment le regard médical¹⁷², le toucher des « zones hystérogènes », et lance un défi érotique à qui s'avance avec des prétentions thérapeutiques.

Il ne s'agit pas de décrire une psychologie du développement, mais d'indiquer un point de structure : à partir d'une proto-relation entre nourrisson et sein maternel (proto-relation car le sujet et l'objet ne sont pas encore vraiment différenciés), un certain nombre de différenciations et de transformations concomitantes se déroulent : passage du cri de faim à l'appel sonore à l'autre qui vaut aussi pour autre chose que la faim, c'est-à-dire passage d'un régime du besoin à un régime de la demande ; constitution de la polarité sujet-objet ; dédoublement de la série faim-bouche-mamelon : dans un même mouvement, le besoin devient pulsion et le sein devient à la fois, satisfaction du besoin, objet du désir et symbole d'une satisfaction d'amour¹⁷³. Freud

¹⁶⁶ LACAN Jacques, « Introduction théorique aux fonctions de la psychanalyse en criminologie » (1950), *Ecrits*, op.cit., p. 148. Nous laisserons de côté la genèse de cette intégration, qui renvoie à la découverte et l'investissement auto-érotique de son corps par le nourrisson et rend compte du rôle prééminent de la bouche et des émonctoires (anus, urètre).

¹⁶⁷ LACAN Jacques, « Subversion du sujet et dialectique du désir... », op.cit., p. 817.

¹⁶⁸ FREUD Sigmund, « Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques », art.cit., p. 55.

¹⁶⁹ LACAN Jacques, « Remarque sur le rapport de Daniel Lagache : 'Psychanalyse et structure de la personnalité' » (1961), *Ecrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 650. « Aussi n'est-il pas vain de rappeler que Freud a dénié, au principe, à tout système d'aucune de ses topiques la moindre réalité comme appareil différencié dans l'organisme. (...) Non que la structure au sens propre ne profite des béances de la Gestalt organique pour se l'asservir. Mais à partir de leurs conjonctions qui s'avèreraient être de fission ou de fissures, une hétérogénéité s'affirme entre deux ordres, qu'on cherchera moins à masquer pour saisir son principe »

¹⁷⁰ LACAN Jacques, « Le symbolique, l'imaginaire et le réel », in J. LACAN, *Des noms-du-père*, Paris, Seuil, 2005, p.22-3.

¹⁷¹ Parmi tant d'autres, celle-ci, qui est une des plus intéressantes : la décompensation somatique affecte préférentiellement les organes supports de fonctions biologiques qui n'ont pas été subverties par la pulsion, qui ne sont pas entrées dans l'économie érotique du corps. DEJOURS Christophe, *Le corps, d'abord ; corps biologique, corps érotique et sens moral*, Paris, Payot, « Petite bibliothèque », 2003, p.28-29.

¹⁷² Babinski s'emploiera à prendre le contre-pied de Charcot, accusé de cultiver l'hystérie. ORELLANA Jorge Banos, *Jacques Lacan 1901-1932. Bildungsroman*, Paris, Epel, 2018.

¹⁷³ LACAN Jacques, « Remarque sur le rapport de Daniel Lagache... », op.cit., p. 654 : « Il faut qu'au besoin qui soutient cette différenciation primaire s'ajoute la demande, pour que le sujet (avant toute « structure cognitive »)

ajoute aussi que l'enfant rassasié qui s'endort est « le prototype de l'expression de la satisfaction sexuelle dans l'existence ultérieure¹⁷⁴ ». Attention, ce n'est pas d'un retour à l'enfance dont il sera question par la suite, mais d'une persistance de l'infantile.

L'entrée du sujet dans le monde (pleinement attestée ensuite dans la parole adressée à l'autre) n'est donc ni purement physiologique, ni purement psychologique : pourtant le corps est de part en part concerné. « Tous les besoins de l'être parlant sont contaminés par le fait d'être impliqués dans une autre satisfaction »¹⁷⁵ que celle de la conservation des fonctions vitales. Des conséquences non négligeables sont à déduire pour la pratique médicale : la maladie lèse le corps en sa double vie, elle n'affecte pas uniquement les fonctions physiologiques ; le besoin comme tel n'est pas isolable, observable à l'état natif « d'avant sa contamination » ; et plus encore, toute demande adressée au médecin (et corrélativement toute réponse à la demande), si elle se supporte d'un besoin du corps, est aussi demande d'amour (et corrélativement, toute satisfaction de besoin vaut aussi comme symbole d'une preuve d'amour). Nous y reviendrons dans le chapitre suivant.

Nous nous sommes ainsi rapprochés à nouveau de la consultation. Précisons encore en quoi cette double vie pulsionnelle concerne la médecine. Un symptôme physique est un symptôme qui touche le corps, dans son acception la plus large. Le symptôme qui motive la consultation est « ce qui ne va pas », achoppement dont la valence (signe ou non d'une lésion ?) est *a priori* en suspens. Cet *a priori* méthodique de suspension provisoire du jugement est une nécessité pratique autant qu'une disposition d'ordre éthique, qu'on peut résumer en une maxime : le praticien doit ajuster sa disposition, s'accorder, sur ce qui fait cas. Cette mise en suspens *a priori* est de bonne méthode cartésienne, mais renvoie plutôt qu'au doute hyperbolique à l'attention égale (plutôt que « flottante » : « gleichwebende Aufmerksamkeit ») préconisée par Freud dans l'écoute¹⁷⁶, ou encore à une retenue empreinte de neutralité. Cette disposition subjective du médecin favorise la narration.

Voici un exemple tiré d'une consultation des plus ordinaires : Barnabé évoque les douleurs occasionnées par une poussée inflammatoire d'arthrose de hanche et mentionne l'incertitude dans laquelle se trouvent plongés ensemble le chirurgien orthopédiste, le médecin traitant, et bien entendu lui-même, à propos de l'indication opératoire éventuelle (mise en place d'une prothèse). Il me demande ce que j'en pense, et je l'invite à décrire son expérience, pour tenter d'apprécier la gravité de l'atteinte fonctionnelle et

fasse son entrée dans le réel, cependant que le besoin devient pulsion, pour autant que sa réalité s'oblitére en devenant symbole d'une satisfaction d'amour ».

¹⁷⁴ Freud en donne le détail dans « La sexualité infantile », le deuxième des « Trois essais sur la théorie sexuelle » : « la première et la plus vitale des activités de l'enfant, la tétée du sein maternel (ou de ses substituts) a déjà dû le familiariser avec ce plaisir [la succion rythmique d'un endroit de la peau ou des muqueuses]. Nous dirons que les lèvres de l'enfant ont tenu le rôle d'une zone érogène, et la stimulation réalisée par l'afflux de lait chaud fut sans doute la cause de la sensation de plaisir. Au début, la satisfaction de la zone érogène était sans doute associée à la satisfaction du besoin alimentaire. L'activité sexuelle s'étaye tout d'abord sur une des fonctions servant à la conservation de la vie et ne s'en affranchit que plus tard ». L'enfant rassasié qui s'endort en souriant reste « le prototype de l'expression de la satisfaction sexuelle dans l'existence ultérieure » (FREUD Sigmund, *Trois essais sur la théorie sexuelle* (1905), trad. Philippe Koeppel, Paris, Gallimard, « Folio Essais », 1987, p.105).

¹⁷⁵ LACAN Jacques, *Encore*, op.cit., p. 49.

¹⁷⁶ FREUD Sigmund, « Conseils au médecin dans le traitement psychanalytique » (1912), trad. R. Lainé, *Œuvres Complètes, vol. XI*, Paris, Presses Universitaires de France, 1998, p.143-154, ici p.146. Nous avons aussi utilisé la version suivante : « Conseils aux médecins sur le traitement analytique », *La technique psychanalytique*, trad. Anne Berman, Paris, Presses Universitaires de France, 9^e édition, 1989.

indirectement le bénéfice qu'il peut escompter de la chirurgie. Dans un seul énoncé supposé me communiquer sa propre évaluation du handicap ressenti, « je ne sais plus quelle position prendre au lit », Barnabé indique certes l'ampleur de la limitation de mobilité articulaire – dont l'estimation chiffrée fournit un critère opératoire éventuel –, mais aussi – sans qu'il ait prévu d'en parler à ce moment¹⁷⁷ – que sa vie érotique en était modifiée. Invité à préciser l'allusion qui a surgi inopinément dans la conversation, et qu'il reprendra effectivement à son compte, il commence ainsi : la douleur de hanche empêche les rapprochements charnels. Mais, concède-t-il derechef, la douleur n'est peut-être qu'un prétexte. Assignable à une cause objective (l'arthrose bien visible sur la radiographie), la douleur ainsi légitimée par l'institution médicale ne trouve-t-elle pas là un autre emploi, bienvenu, celui de masquer l'émoussement de son désir pour sa partenaire? Tous les malades ne conviennent pas aisément des conséquences inattendues¹⁷⁸ d'une affection organique. Mais Barnabé a poursuivi ainsi : l'affection organique douloureuse lui fournissait l'occasion, vécue certes comme une contrainte pénible, de se faire objet des soins attentifs et bienveillants de sa compagne. Elle était vécue comme une régression dont la valence affective restait pour lui ambiguë : en effet, s'il en venait à admettre qu'une drôle de satisfaction venait se nicher dans le vécu douloureux et la mobilité contrariée, il s'effrayait également de la quasi-tentation de se jeter, à corps perdu, dans la maladie, pour être encore davantage un objet de soins. Pente masochiste qu'il serait vain de taxer de perversion, mais qui indéniablement peut subvertir la donne médicale quand il s'agit de délibérer afin de proposer un traitement adéquat. Il n'est pas sûr que la prothèse de hanche soit ici toute la solution d'un symptôme douloureux qui se révèle irréductible au signe d'une affection organique et concentre plutôt une pluralité de valences.

Freud, dans un chapitre consacré à la nervosité commune, c'est-à-dire à quiconque se considère comme normal, dit qu'il est fréquent qu'une

« altération corporelle morbide, par inflammation ou lésion, éveille le travail de formation de symptômes, de telle sorte que le symptôme fourni par la réalité devient immédiatement le représentant de toutes les fantaisies inconscientes¹⁷⁹ qui épiaient la première occasion de se manifester »¹⁸⁰.

C'est-à-dire : l'inflammation douloureuse de hanche vient *activer* la double vie du corps ; la plainte douloureuse, le problème médical, servent à représenter – le terme allemand employé par Freud est *Vertreter*, qui évoque la représentation politique et non une image mentale – aussi, de manière étroitement intriquée, l'économie érotique, et même la position subjective inconsciente. L'épine irritative de la lésion sert en quelque sorte d'opérateur de passage entre les différents registres de la double vie, dont l'intrication reste communément invisible pour l'homme en santé.

Freud évoque là un cas mixte, où une lésion organique fait éclore une névrose latente, les deux apparaissant ensemble dans l'espace clinique. Il suggère que, dans l'abord thérapeutique, chercher à éradiquer la base organique « sans se soucier du bruyant édifice (névrotique) qu'elle supporte » risque d'être voué à l'échec, tout comme l'attitude inverse, « combattre la névrose

¹⁷⁷ Mais comme le disait joliment René Char : « *Les mots qui vont surgir savent de nous des choses que nous ignorons d'eux* » (CHAR René, *Chants de la Balandranne*, Paris, Gallimard, 1977, p.16). Ici s'indique une des modalités du « praticable » qu'est la clinique : donner suite – ou pas – aux paroles en apparence anodines ou allusives, et même, avant cela, leur donner l'occasion – ou pas – d'émerger dans le dialogue.

¹⁷⁸ Terme à préférer à celui de « bénéfices secondaires », qui a fini par comporter une désapprobation morale à l'encontre des supposés « profiteurs ».

¹⁷⁹ Au passage, on notera que le fantasme « séjourne » aussi dans le corps.

¹⁸⁰ FREUD Sigmund, *Introduction à la psychanalyse* (1916-17), trad. S. Jankélévitch, Paris, Payot, « Petite Bibliothèque », 1961, p.369 (Leçon 24 sur la nervosité commune).

qui s'est produite occasionnellement, sans faire attention à la cause organique qui lui avait servi de prétexte »¹⁸¹. Nous étendons ces indications au-delà des cas où une maladie nerveuse encore latente se trouverait « déclenchée » pour devenir manifeste : *toute* affection médicale est un mélange, car la maladie ne lèse pas que la charpente organique de l'édifice corporel. Tout phénomène morbide (paralysie, inflammation, etc.) n'affecte pas uniquement la fonction physiologique de la zone concernée, mais trouble également son économie pulsionnelle. Il peut s'agir d'ailleurs autant d'une maladie grave que d'un pépin de santé, une mauvaise grippe, un lumbago, dont on tarde à se remettre. Je tiens de ma pratique que le médecin se trouve habituellement devant des manifestations corporelles mixtes, qui ressortissent *à la fois* à la cause somatique et à la prise du corps dans la vie pulsionnelle et fantasmatique. Je souligne « à la fois », en espérant faire entendre qu'il n'est pas ici question de *causalité* psycho-somatique : somatique et psychique sont solidaires et ne peuvent être « désintriqués ». C'est la raison pour laquelle ces brèves notations freudiennes peuvent être étendues également au mouvement réciproque : la vie pulsionnelle et fantasmatique contribue à modifier les sensations physiques, douleur et fatigue – pour ne mentionner que les symptômes les plus fréquents – sur lesquelles le médecin règle son action. Au-delà même de la pulsion, les « fonctions sociales » des régions corporelles érodées par la maladie¹⁸² contribuent à complexifier l'expérience vécue du malade et l'analyse clinique de la situation. Tout événement corporel est investi de valeurs, de sens, est intégré dans une histoire nourrie de croyances et d'attentes.

Canguilhem a reconnu que le projet thérapeutique *originnaire* de la médecine (répondre à la demande de l'homme souffrant) comportait désormais pour s'accomplir efficacement le recours raisonné à des acquisitions scientifiques par elles-mêmes *étrangères à ce projet*. Or, ce recours, aussi impératif soit-il, n'est pas neutre : il suppose une « mise entre parenthèses » du malade qui l'a suscité. Mais la médecine pratique qui fait retour à l'individu malade ne peut s'en tenir au registre de la science des maladies. La rationalité médicale vient buter contre une limite, celle de la subjectivité de l'expérience corporelle vécue par le malade¹⁸³. L'approche alternative dite « bio-psycho-sociale » qui pourrait lui ménager un espace n'est souvent qu'un leurre, puisqu'elle n'accueille de la subjectivité corporelle que ce qui se prête à une nouvelle objectivation, par des échelles ou des questionnaires¹⁸⁴. De plus, il s'agit le plus souvent d'une division du travail : le médecin s'occupe de la machine biologique et s'adjoint au mieux un psychologue et un travailleur social.

Or, ce qui est en question n'est pas une subjectivité *détachable du corps*. Le dualisme brouille les pistes plutôt qu'il n'éclaire la voie. C'est à Descartes, nous l'avons rappelé, que l'on a coutume d'attribuer la paternité du dualisme qui innerve le discours médico-scientifique,

¹⁸¹ Ibidem.

¹⁸² Dans l'exemple de Barnabé, il s'agit de la vie conjugale. Mais bien entendu, chaque situation est particulière. Par exemple, les jeux de regards de nos interactions sociales – de la séduction à la menace – sont aussi affectés par toute inflammation oculaire, et pas seulement l'acuité visuelle, la perception des couleurs, et la pulsion scopique.

¹⁸³ « Il est impossible d'annuler dans l'objectivité du savoir médical la subjectivité de l'expérience vécue du malade » : CANGUILHEM Georges, « Puissance et limites de la rationalité en médecine (1978) », in : *Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*, Paris, Vrin, 7e éd., 1994, p.392-412, ici p. 409.

¹⁸⁴ WEBER Jean-Christophe, « Présences et absences du sujet dans le discours et la pratique de la médecine actuelle », in J. Kinable, M. Legrand, J.-L. Brackelaire, L. Nshimirimana (dir), *Transhumances V, Actes du colloque de Cerisy : Résistances au sujet, résistances du sujet*, Namur, Presses Universitaires de Namur, 2004, p. 281-94.

alors qu'il indique, dans la sixième *Méditation*, qu'à travers la douleur, la faim ou la soif, la nature lui enseigne

« que je ne suis pas seulement logé dans mon corps ainsi qu'un pilote dans son navire, mais outre cela, que je lui suis conjoint très étroitement et tellement confondu et mêlé que je compose comme un seul tout avec lui »¹⁸⁵.

Lacan déplace la difficulté en disant que l'avènement de l'ère scientifique modifie les rapports que la médecine entretient *avec le corps*¹⁸⁶. Plutôt que de rester dans le dualisme corps/âme ou corps/*psyché*, il situe l'effet de la science comme clivage dans le corps. La « faille épistémo-somatique » qui se creuse entre la construction savante et le corps laisse un reste, mais ce reste, étrangement pourrait-on dire, n'est pas étranger à la médecine, puisque ce qui est laissé dans l'ombre n'est pas l'adjonction d'une âme supplémentaire au corps, mais la vraie nature du corps : le corps fait pour jouir de lui-même. Cette dimension devient sensible lorsqu'apparaît la douleur notamment¹⁸⁷.

Les progrès de la science n'ont pas seulement permis de développer des médicaments, ils ont offert aussi des capacités inouïes d'études du corps, de sa mise en diagrammes, en images, etc. Et là encore se produit le même effet de contraste : on voit mieux, avec ce rayonnement du corps, la part qui reste dans l'ombre, qui est négligée, qui est en jeu en médecine depuis toujours mais dont on pouvait peut-être ne pas se rendre compte. Cette part, à savoir la jouissance, la vraie nature du corps, échappe à la science¹⁸⁸.

Mais tout ce que la science met à notre actif, « en quoi cela concerne ce qui existe, à savoir nos corps » ? Avec la dimension de la jouissance, est mis en valeur

« ce qu'a introduit Freud à propos du principe du plaisir (...), à savoir que le plaisir est une barrière à la jouissance ». Freud en ceci est dans la ligne de « très vieilles écoles de pensée ». « Que nous dit-on du plaisir ? Que c'est la moindre excitation, ce qui fait disparaître la tension, la tempère le plus, donc ce qui nous arrête nécessairement à un point d'éloignement, de distance très respectueuse de la jouissance »¹⁸⁹.

Soit l'exemple des psychotropes, et des drogues :

« Quelle sera la position du médecin (...), car du point de vue de la jouissance, qu'est-ce qu'un usage ordonné de ce qu'on appelle plus ou moins proprement des toxiques, peut avoir de répréhensible, sauf si le médecin entre franchement dans ce qui est

¹⁸⁵ DESCARTES René, *Méditations métaphysiques*, op.cit., p. 191.

¹⁸⁶ LACAN Jacques, « La place de la psychanalyse dans la médecine », art.cit. : « Permettez-moi d'épingler plutôt comme faille épistémo-somatique, l'effet que va avoir le progrès de la science sur la relation de la médecine avec le corps ».

¹⁸⁷ Nous donnerons un prolongement à cette partie dans le chapitre VI (B).

¹⁸⁸ Voilà la citation extraite de la conférence de Lacan : « Car ce qui est exclu du rapport épistémo-somatique, est justement ce qui va proposer à la médecine le corps dans son registre purifié ; ce qui se présente ainsi se présente en pauvre à la fête où le corps rayonnait tout à l'heure d'être entièrement photographié, radiographié, calibré, diagrammatisé et possible à conditionner, étant donné les ressources vraiment extraordinaires qu'il recèle, mais peut-être aussi ce pauvre lui apporte-t-il une chance qui revient de loin, à savoir de l'exil où a proscrit le corps la dichotomie cartésienne de la pensée et de l'étendue, laquelle laisse complètement choir de sa saisie, ce qu'il en est non pas du corps qu'elle imagine, mais du corps vrai dans sa nature. Ce corps n'est pas simplement caractérisé par la dimension de l'étendue : un corps est quelque chose qui est fait pour jouir, jouir de soi-même. La dimension de la jouissance est complètement exclue de ce que j'ai appelé le rapport épistémo-somatique. » LACAN Jacques, « La place de la psychanalyse dans la médecine », art.cit.

¹⁸⁹ Ibidem.

la deuxième dimension caractéristique de sa présence au monde, à savoir la dimension éthique ».

La question de la jouissance appelle donc une dimension éthique de la pratique médicale. Comment le médecin règle-t-il son action par rapport à la fruition corporelle ? Le malade comme le médecin ont accès à des molécules susceptibles d'en régler l'intensité dans un sens ou dans l'autre. Ces questions ont été au cœur d'une vive controverse sur les traitements de substitution dans la dépendance aux opiacés au moment de leur introduction dans les années 90.

Soit aussi l'exemple de la douleur.

« Car ce que j'appelle jouissance au sens où le corps s'éprouve, est toujours de l'ordre de la tension, du forçage, de la dépense, voire de l'exploit. Il y a incontestablement jouissance au niveau où commence d'apparaître la douleur, et nous savons que c'est seulement à ce niveau de la douleur que peut s'éprouver toute une dimension de l'organisme qui autrement reste voilée. Qu'est-ce que le désir ? Le désir est en quelque sorte le point de compromis, l'échelle de la dimension de la jouissance, dans la mesure où d'une certaine façon il permet de porter plus loin le niveau de la barrière du plaisir. Mais c'est là un point fantasmatique, je veux dire où intervient le registre de la dimension imaginaire »¹⁹⁰.

La narratrice¹⁹¹ de *Hors de moi* l'exprime ainsi :

« Il y a une ivresse de la douleur. Dans l'intensité de la crise et celle du soulagement lorsqu'elle cesse. Il y a une jouissance inexplicable dans cette sensation violente qui suspend tout, coupe tous les liens, répudie le monde extérieur »¹⁹².

Le médecin, dont on dira plus loin qu'il se règle en général sur le principe de la moindre tension corporelle, peut-il alors laisser place au désir ? Il faut également mentionner en passant la douleur inhérente aux actes de soin, qui font peser le soupçon du sadisme médical¹⁹³.

C.3 DE LA DOUBLE VIE A LA TRIPLE VIE

Avançons encore en évoquant un autre aspect, lui aussi très général et de grand intérêt pour la médecine.

3.1. Corps et parole : aliénation et coupure

Lacan, sans faire explicitement allusion au texte de Freud sur les « cas mixtes », insiste sur la dimension langagière du processus :

« la parole (...) trouve son support (...) dans les fonctions naturelles du sujet, pour peu qu'une *épine organique* y amorce cette béance de son être individuel (...), qui fait de la maladie l'introduction du vivant à l'existence du sujet (...) »¹⁹⁴.

¹⁹⁰ Ibidem.

¹⁹¹ La réception de ce livre a été celle d'un récit autobiographique. C'est faire peu de cas de la mention « Roman » apposée sous le titre. MARIN Claire, *Hors de moi*, op.cit., page 5.

¹⁹² Ibid., p.32.

¹⁹³ Cette question traverse de nombreuses contributions à l'ouvrage collectif DAVOUS Dominique, LE GRAND-SEBILLE Catherine, SEIGNEUR Etienne (dir.), *L'éthique à l'épreuve des violences du soin*, Toulouse, Erès, « Espace éthique », 2014. Elle est traitée avec finesse par Thomas Lepoutre, « Un sadisme nécessaire chez le soignant ? », p.196-210.

Il attribue d'ailleurs à Freud le mérite d'avoir fait cette découverte sur la condition humaine : « ce n'est pas seulement l'homme qui parle, mais dans l'homme et par l'homme ça parle »¹⁹⁵. Autrement dit, la nature humaine est aussi tissée par des effets de langage. On n'est jamais que dans un corps dont on parle, corps parasité par le langage. « C'est toujours à l'aide de mots que l'homme pense. Et c'est dans la rencontre de ces mots avec son corps que quelque chose se dessine »¹⁹⁶. De la rencontre du corps et du langage, que peut-on en faire d'autre qu'en vivre, c'est à dire en faire un récit ? Quelque chose du corps échappe toujours à l'objectivation. Ainsi, le corps devient le corps propre (*mon* corps) à travers l'échange de paroles, il est « pas-sans-la-parole ». La structure signifiante dont est fait le langage va habiter l'organisme, y être littéralement incorporée.

« Rien que lui n'isole le corps à prendre au sens naïf, soit celui dont l'être qui s'en soutient ne sait pas que c'est le langage qui le lui décerne, au point qu'il n'y serait pas, faute d'en pouvoir parler »¹⁹⁷.

Si le corps est d'abord donné comme unité par l'image dans le miroir¹⁹⁸, c'est le langage qui permettra de dire « ce corps est le mien », et c'est en le disant que ce corps est constitué « comme un fait : il est un, le mien, parce que je le dis »¹⁹⁹. Pas de corps véritablement humain sans la parole, et, réciproquement, pas de parole sans corps : non seulement les conditions organiques communes de la voix articulée (station debout, larynx, langue mobile), mais aussi tout ce que la parole véhicule d'idiosyncrasie dans l'usage singulier que chaque locuteur fait de la langue commune. D'une certaine manière, on peut considérer que l'autre parle toujours une autre langue que la mienne. Le malentendu n'est pas l'exception, mais la règle²⁰⁰.

A cette intrication, voire cette aliénation, du corps et de la parole qui caractérise l'animal humain²⁰¹, fait face une coupure : la parole ne parvient pas à restituer l'intégralité de l'expérience vécue, la totalité de l'éprouvé du corps ; nul ne peut communiquer l'état d'un organe en décrivant la souffrance qu'il provoque. La parole n'est pas sans le corps, le corps est le vecteur qui permet de donner vie au langage, mais la parole ne peut « dire le tout » du corps. Si le désir est « originairement tourné vers le langage, il veut être dit, il est en puissance de parole, mais il est à la fois le non-dit, ce qui peine à être dit²⁰². Autrement dit, sa propre parole est pour soi un interprète inadéquat. Le vouloir-dire de la parole n'offre aucun accès direct au réel de la maladie notamment. Le corps qu'appréhendent la vue et le toucher reste aux bornes du territoire du langage. Pris dans la parole, le vivant ne peut pour autant y advenir tout

¹⁹⁴ LACAN Jacques, « Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse », op.cit., p.280 (nous soulignons).

¹⁹⁵ LACAN Jacques, « La signification du phallus » (1958), *Ecrits*, Paris, Seuil, 1966, p.685-96 (ici, p. 688).

¹⁹⁶ LACAN Jacques, « Conférence à Genève sur le symptôme » (1975), *Le Bloc-notes de la psychanalyse* 1985 ; 5 : 5-23.

¹⁹⁷ LACAN Jacques, « Radiophonie », art.cit.

¹⁹⁸ LACAN Jacques, « Les complexes familiaux dans la formation de l'individu » (1938), *Autres Ecrits*, Paris, Seuil, 2001, p. 42.

¹⁹⁹ DE LA ROBERTIE Louis, « Le corps. Textes de Jacques Lacan », *Littoral*, 1989, 27/28, p. 163 ; LACAN Jacques, « Radiophonie » (1970), *Autres Ecrits*, Paris, Seuil, 2001, p. 409 : « Rien que lui [le symbolique] n'isole le corps à prendre au sens naïf, soit celui dont l'être qui s'en soutient ne sait pas que c'est le langage qui le lui décerne, au point qu'il n'y serait pas, faute d'en pouvoir parler ».

²⁰⁰ BAYARD Pierre, *Enquête sur Hamlet. Le dialogue de sourds*, Paris, Minuit, 2002.

²⁰¹ Cf. le syntagme inventé par ARISTOTE (*Pol.* 1253a9-10) pour désigner notre espèce : *zoon logon echon*.

²⁰² RICOEUR Paul, *De l'interprétation ; essai sur Freud*, Paris, Seuil, « Points », 1965, p.478.

entier²⁰³, la langue est le vecteur qui permet de *mi*-dire son corps. Entre corps et parole, il y a donc à la fois aliénation et coupure. Ce qu'on dit donne corps au fait qu'on parle, qu'on parle donne corps à ce qu'on dit.

3.2. Réel, symbolique, imaginaire

Nous avons évoqué chemin faisant, l'imaginaire, le symbolique mais aussi le réel, soit les trois dimensions introduites par Lacan en 1953 comme sa réponse à la question : « de quoi sommes-nous faits ? »²⁰⁴ Je ne suis plus corps et âme, je suis fait d'images, de mots et d'irréductibles achoppements »²⁰⁵. Le corps participe des trois dimensions :

« Le corps réel c'est le cadavre, (...) le corps qui saigne et qui suppure, le corps palpé, sondé, ausculté, passé au crible des examens anatomiques ou biologiques, mais encore le corps vivant, l'organisme qui palpète, qui ingère, absorbe, métabolise, desquame, excrète et sécrète, et qui se reproduit avant de mourir. (...) tout y est compact, opaque, (...) immédiat, oppressant, et nous ne pourrions rien en dire, en voir, en entendre, sans les oripeaux de l'imaginaire dont il est entouré et sans la mise en ordre symbolique où nous le classons »²⁰⁶.

Le corps réel, ou corps-chose « c'est aussi le corps objectif cher aux anatomo-physiologistes. Corps substance qu'on peut inciser, diviser, ouvrir, manipuler, un peu comme une chose, ou pire, comme de la viande dépecée²⁰⁷ ». Mais cette formulation est déjà saisie du réel dans l'imaginaire et le symbolique. Sans langage ni imagination, le corps réel reste obscure.

Le corps réel c'est aussi ce qui reste de n'être pas pris dans les rets de l'imaginaire et du symbolique. Hans Carstorp, dans *La Montagne Magique*, le suggère ainsi :

« Lorsque le cœur bat de lui-même, pour ainsi dire sans rime ni raison, et comme de son propre chef, je trouve cela étrangement inquiétant, (...) c'est à peu près comme si le corps allait son propre chemin, et n'avait plus aucun rapport avec l'âme »²⁰⁸.

L'imagination et les mots tentent de rendre compte d'un réel qui échappe. Le réel est « ce corps dont le battement et la pulsation échappent trop évidemment à mon contrôle »²⁰⁹.

Quelle conséquence pour la médecine ? Le corps auquel elle a affaire est celui qui participe des trois registres, et pas uniquement du corps réel²¹⁰. Se cantonner au registre du réel revient à une pratique réduite au mutisme. Ce qui achoppe dans le réel se reflète néanmoins dans le symptôme, est investi par la pulsion et par le langage, nourrit l'imagination, suscite une demande adressée au médecin mais aussi des attentes vis-à-vis des proches et de la société. C'est pourquoi la réalité concrète à laquelle la médecine s'affronte est un homme qu'il faut

²⁰³ LACAN Jacques, « Position de l'inconscient » (1964), *Ecrits*, Paris, Seuil, 1966, p.829-50, (ici p. 849).

²⁰⁴ LACAN Jacques, « Le symbolique, l'imaginaire et le réel », art.cit.

²⁰⁵ ALLOUCH Jean, « De quoi suis-je fait? À propos de la parution Des noms-du-père de Jacques Lacan », *Acheronta, Revista de Psicoanálisis y Cultura*, 2005, 21, p.239.

²⁰⁶ d'après SUBLON Roland, « Corps, parole et liberté », texte inédit.

²⁰⁷ BROHM Jean-Marie, *Le corps analyste. Essais de sociologie critique*, Paris, Economica Anthropos, 2001, p. 49.

²⁰⁸ MANN Thomas, *La montagne magique*, op.cit., p.102.

²⁰⁹ LACAN Jacques, « Discours aux catholiques », art.cit., p.47.

²¹⁰ Corps réel qu'elle affronte aussi par la construction d'une réalité symbolique et imaginaire, déposée dans l'anatomie, la physiologie, et bien sûr aussi dans la nosographie.

laisser parler. Le symptôme, la plainte, la demande sont énoncés dans une parole singulière, qui témoigne d'une prise du corps par le langage, de l'érotisation des lieux corporels, de la position subjective dans le fantasme. Ces trois registres, réel, symbolique et imaginaire, sont noués entre eux²¹¹ : triple vie du corps !

Pas de corps sans le réel de l'organisme, sans l'imaginaire du stade du miroir, sans le symbolique :

Pour résumer, la médecine – en tant que discours rationnel, scientifique – laisse de côté, écarte, ignore, une part essentielle de la vie corporelle, que le médecin praticien doit (au sens large, pré-moral, du verbe « devoir »²¹²) intégrer, incorporer pour accomplir la visée originaire de son action : répondre à la demande d'un individu souffrant. S'il peut, dans une certaine mesure, travailler sur le *Körper* en ignorant le *Leib*, cette mesure trouve d'importantes limitations : celles, négociables, du retentissement de la maladie et du traitement sur l'existence vécue, qui imposent d'accorder un tant soit peu les perspectives savantes et expérientielles objectives et subjectives *sur le corps*, mais aussi et avant tout celles qui tiennent au corps lui-même, et qui échappent aux savoirs profanes ou savants. Quand la rencontre déborde du terrain rassurant sur lequel le médecin détient une position de maîtrise, une forme d'inquiétude voire d'angoisse est au rendez-vous. L'angoisse du médecin est liée à l'appréhension d'un malade insaisissable, y compris dans son corps. Là où il n'attend que l'organisme, c'est la double/triple vie du corps qu'il lui est demandé d'accueillir. Et nous verrons à présent que là où il attend les signes objectifs d'un besoin à satisfaire, il est confronté à l'étendue de la demande.

²¹¹ A la façon des nœuds borroméens, qui nouent des anneaux (au moins trois) de telle sorte que si un des anneaux est rompu, ils sont libres tous les trois. Lacan en fera grand usage dans son séminaire.

²¹² Sur ce point, cf. ANSCOMBE Gertrud Elizabeth M, « Modern moral philosophy », *Philosophy* 1958 ; 33 (24) ; 1-19 ; « La philosophie morale moderne », trad. Geneviève Ginvert et Patrick Ducray, *Klesis, revue philosophique* 2008 ; 9 : 9-31.

CHAPITRE II. DEMANDE, BESOIN, DESIR

« Notons que les gens qui ont de l'eczéma ne demandent jamais aux autres de les gratter »

Adam Phillips¹

« Lorsque autrui se tourne vers moi, lui qui m'étant essentiellement extérieur est comme infiniment détourné – et autrui est ce mouvement de se tourner vers, là où règne le détour –, la présence tournée vers moi est encore celle de la séparation, de ce qui m'est présence, alors que j'en suis séparé, éloigné et détourné. Et, pour moi, être face à autrui, c'est toujours être dans la présence abrupte, sans intermédiaire, de celui qui se tourne vers moi, dans l'abord infini du détour ».

Maurice Blanchot²

« Nous avons à cœur d'aimer nos faits – c'est pourquoi nous sommes enclins à les simplifier. La psychanalyse y relève des complications dont nous préférerions ignorer l'existence ».

Adam Phillips³

¹ PHILLIPS Adam, *Le pouvoir psy [Terrors and experts, 1995]*, trad. Claire Joly, Paris, Hachette Littératures, « Pluriel », 2001, p.75.

² BLANCHOT Maurice, *L'entretien infini*, Paris, Gallimard, « Nrf », 1969, p.89.

³ PHILLIPS Adam, *Devenir Freud ; biographie d'un déplacement [2014]*, trad. Michel Gribinski, Paris, Editions de l'Olivier, « Penser/rêver », 2015, p.15.

Etendue de la demande, avons-nous dit à l'instant. Pour Lacan le médecin va devenir un savant physiologiste et abandonner le corps au psychanalyste, sauf à prendre en compte la dimension de la demande que le malade lui adresse : « C'est dans le registre du mode de réponse à la demande du malade qu'est la chance de survie de la position proprement médicale »¹. La formule est forte. Elle affirme à la fois l'existence d'une position médicale originale, sa menace de disparition et l'enjeu décisif du mode de réponse à la demande du malade. Pourquoi – nous sommes alors en 1966 – la position proprement médicale risque-t-elle de disparaître ? A l'heure où le pouvoir de la science semble s'être généralisé et *donne à tous la possibilité de venir demander au médecin son ticket de bienfait dans un but précis immédiat*², la position du médecin risque de se voir ramenée à celle d'un distributeur des dits bienfaits.

Nos contemporains, écrit Tubiana trente années plus tard, veulent être protégés contre la maladie, la vieillesse et la mort ; ils exigent beaucoup des médecins, mais en même temps se défient d'eux, acceptent plus mal les échecs³. Et ne voit-on pas effectivement aujourd'hui des gens venir réclamer ce à quoi ils ont droit : *leur fécondation in vitro*, une antibiothérapie pour *leur* maladie de Lyme, de la méthadone ou de la buprénorphine pour traiter *leur* dépendance ? « Le propre du soin médical actuel est qu'il est obtainable du médecin, et du même coup exigible par le malade »⁴. En réalité les demandes qui s'exercent sur le médecin ne sont pas que celles des malades : l'industrie lui demande de mettre à l'épreuve les agents thérapeutiques avant de les distribuer, le service public hospitalier lui demande de produire de l'activité donnant lieu à une tarification, la sécurité sociale de limiter cette activité, etc. Lacan interpellait les médecins, et la question qu'il pose a des résonances qui ne dépendent pas que de l'air du temps : « Où est la limite où le médecin doit agir et à quoi doit-il répondre ? A quelque chose qui s'appelle la demande »⁵. Reprenons cette question dans la clinique quotidienne.

En anglais, *demand* signifie d'ailleurs exigence. Demander quelque chose au médecin, c'est peut-être parfois attendre qu'il obéisse, pas forcément qu'il réponde. Répondre à une demande, c'est déjà se prêter à en être l'adresse, puis en accuser réception.

Pour Jean Clavreul (psychanalyste qui a bataillé assez férocement – comme bien d'autres – contre la médecine), au contraire de Lacan dont pourtant il se réclame, la demande est inessentielle en médecine. Elle n'aurait aucune place dans le discours médical, le malade n'étant selon lui qu'un indicateur de signes et non un demandeur⁶. Mais il se contredit lui-même en écrivant plus loin que « c'est parce qu'il y a des hommes malades qu'il y a une médecine »⁷. Si la « science médicale » n'en a que faire pour exister, la demande inaugure cependant la rencontre avec le médecin, et si le malade la formule, c'est qu'il suppose et qu'il

¹ LACAN Jacques, « La place de la psychanalyse dans la médecine », art.cit.

² Ibidem.

³ TUBIANA Maurice, *Histoire de la pensée médicale, Les chemins d'Esculape*, Paris, Flammarion, « Champs », 1995, p.647.

⁴ LEBRUN Jean-Pierre, *De la maladie médicale*, Bruxelles, De Boeck, 1993, p.49.

⁵ LACAN Jacques, « La place de la psychanalyse dans la médecine », art.cit. : « Le médecin est requis dans la fonction du savant physiologiste mais il subit d'autres appels encore : le monde scientifique déverse entre ses mains le nombre infini de ce qu'il peut produire comme agents thérapeutiques nouveaux chimiques ou biologiques, qu'il met à la disposition du public et il demande au médecin, comme à un agent distributeur, de les mettre à l'épreuve. Où est la limite où le médecin doit agir et à quoi doit-il répondre ? à quelque chose qui s'appelle la demande ? »

⁶ CLAVREUL Jean, *L'ordre médical*, op.cit., p.27.

⁷ Ibid., p.122.

espère que quelqu'un en sache plus que lui et puisse lui venir en aide, ce qui est déjà mise en place d'un transfert.

A. VARIATIONS SUR LA DEMANDE.

L'activité du médecin a pu devenir « une exigence de l'homme qui refuse le mal », après avoir été « des siècles durant, la réponse à la prière de l'homme frappé par le mal » Canguilhem⁸.

La réponse à la demande de l'homme souffrant est au point de départ et reste au cœur de la pratique médicale⁹. Que demande le malade à son médecin? Bien sûr, chaque fois qu'une intervention précise ou urgente est requise (par exemple : un antibiotique pour une pneumonie, une thrombolyse pour un accident vasculaire cérébral, une intervention pour une péritonite) la demande de secours immédiat et de guérison est au premier plan et peut occulter le « reste » sans qu'on puisse y trouver à redire. « La guérison est, à première vue, ce que le malade attend du médecin, mais non ce qu'il en obtient toujours »¹⁰. S'y recrutent bien des satisfactions professionnelles, d'avoir prescrit ce qu'il fallait au bon moment, d'avoir posé le diagnostic au moment crucial, d'avoir effectué l'acte chirurgical qui sauve. Mais, même dans ces situations, pour peu qu'on s'y attarde, un excédent, un « reste », n'est pas forcément inapparent. Il est cependant d'autant plus visible que l'on ose s'aventurer dans le champ des maladies chroniques, des symptômes médicalement inexpliqués, des névroses, des pathomimies, des malades dits fonctionnels. Même dans les affections organiques aiguës il y a quelque chose de plus que la demande d'un traitement. Que le malade demande la guérison ne peut suffire à épuiser la question et ne résiste pas à l'examen de la grande variété des situations. Aussi, ce que demande le malade fait-il partie intégrante de l'enquête clinique à mener.

Le désir de santé, pour fréquent qu'il soit, connaît des variations d'intensité, et une volonté affichée de guérir peut cacher des pulsions mortifères. Certains patients ne semblent pas tant préoccupés d'aller mieux que de savoir exactement ce dont ils souffrent, comme si c'était un préalable indispensable pour déterminer l'allure que va prendre leur comportement vital.

Aline vient accompagnée par sa mère, pour avoir un second avis. A la faveur d'une inflammation oculaire, un diagnostic de spondylarthrite a été porté, et elle est suivie conjointement par un ophtalmologue et un rhumatologue. Ce dernier a démarré une biothérapie, dont les effets semblent peu probants. En arrêt de travail depuis un an, Aline se plaint à présent d'autres douleurs, plus diffuses, si bien qu'on lui a suggéré qu'elle souffrait peut-être de fibromyalgie. Elle en est alors venue à douter du diagnostic de spondylarthrite, tout comme elle doute de l'innocuité du traitement engagé depuis quelques mois. Ce qui me frappe, c'est son insistance à discuter les arguments

⁸ CANGUILHEM Georges, « Puissance et limites de la rationalité en médecine », art.cit., p. 399.

⁹ Canguilhem, Foucault, Lacan l'ont chacun dit à leur manière : CANGUILHEM Georges, « Puissance et limites de la rationalité en médecine », art.cit. ; FOUCAULT Michel, « Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine ? » (1976), in : *Dits et écrits II. 1976-1988*, Paris, Gallimard, « Quarto », 2001, texte n° 170, p.40-58 ; LACAN Jacques, « La place de la psychanalyse dans la médecine », art.cit.

¹⁰ CANGUILHEM Georges, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible? » (1978), *Ecrits sur la médecine*, Paris, Seuil, 2002, p.69-99.

diagnostiques (ainsi, l'IRM qui authentifiait une inflammation des articulations sacro-iliaques n'avait pas montré de destruction articulaire, mais un simple œdème ; de plus, elle n'était pas porteuse du groupe tissulaire HLA B27, qui est fréquemment présent dans ce groupe d'affections, etc.), alors même qu'elle présente depuis quelques jours une nouvelle poussée d'inflammation oculaire et des douleurs lombofessières nocturnes qui attestent de la réalité de l'affection et témoignent de l'insuffisance du traitement. Être soulagée avant tout ? Non, ce n'est manifestement pas son but. Tant qu'il persistera (pour elle) un doute diagnostique, elle subira passivement le traitement prescrit.

Lacan signale la constante présence d'une dimension de la demande qui reste « hétérogène aux besoins du corps malade qui doivent être satisfaits ». Dès lors qu'on se trouve en-dehors de l'urgence vitale (et même dans ces cas-là il y a lieu de se poser la question du devenir à long terme), on se rend compte qu'« il y a hors du champ de ce qui est modifié par le bienfait thérapeutique quelque chose qui reste constant »¹¹. Il propose de déplacer la perception de ce qui est demandé :

« Quand le malade est envoyé au médecin ou quand il l'aborde, ne dites pas qu'il en attend purement et simplement la guérison. Il met le médecin à l'épreuve de le sortir de sa condition de malade ce qui est tout à fait différent ».

Donc, une demande qui est une mise à l'épreuve, une sorte de défi. Ce défi n'est pas forcément celui de la compétence technique, il contient parfois de manière presque explicite la demande d'amour : est-ce qu'en vous je trouverai quelqu'un qui m'aimât suffisamment pour prendre soin de moi ? En quoi cette mise à l'épreuve est à distinguer d'une demande de guérison ? Le malade peut être attaché à l'idée de conserver sa condition de malade. Lacan spécifie deux cas de figure différents :

Le malade « vient parfois nous demander de l'authentifier comme malade » : donc une demande de reconnaissance, mais presque teintée d'un « ne me touche pas », « défense d'entrer », « ne pas déranger ». Une attestation officielle dont on peut se demander aussi s'il convient par « charité » – dont on ne discutera pas ici de savoir si elle est ou non bien ordonnée – de ne pas la remettre en cause, ou s'il convient au contraire – je dresse là une opposition un peu caricaturale – par « charité », par amour, de ne pas avaliser une condition malade et de stimuler les forces vives qui pourraient être mobilisées afin que le malade ait envie de sortir de sa condition. Autrement dit, la demande soulève la question de ce qu'on veut à l'autre. Si on veut son bien, même si on se trompe sur sa nature, ne faut-il pas subodorer qu'on se situe dans une dimension qui excède les seules possibilités technologiques ?

L'autre cas de figure est encore plus radical :

« Dans bien d'autres cas il [le malade] vient, de la façon la plus manifeste, vous demander de le préserver dans sa maladie, de le traiter de la façon qui lui convient à lui, celle qui lui permettra de continuer d'être un malade bien installé dans sa maladie »¹².

¹¹ Répondre que le malade vient vous demander la guérison n'est rien répondre du tout, car chaque fois que la tâche précise, qui est à accomplir d'urgence ne répond pas purement et simplement à une possibilité qui se trouve à portée de la main, mettons un appareillage chirurgical ou l'administration d'antibiotiques – et même dans ces cas il reste à savoir ce qui en résulte pour l'avenir – il y a hors du champ de ce qui est modifié par le bienfait thérapeutique quelque chose qui reste constant et tout médecin sait bien de quoi il s'agit.

¹² LACAN Jacques, « La place de la psychanalyse dans la médecine », art.cit.

Certains malades ont trouvé un refuge dans la maladie, peu agréable à bien des égards, et trouvent aussi, par la maladie, un refuge auprès du médecin. Freud ne disait pas autre chose à son interlocuteur fictif de *La question de l'analyse profane* : la résistance qui s'observe dans le travail analytique témoigne de ce que le malade « ne veut absolument pas recouvrer la santé¹³ ». Un peu plus loin dans son argumentaire il atténue cette assertion : le malade veut et en même temps ne veut pas recouvrer la santé, les névrosés se plaignent de leur maladie, mais ils l'utilisent de toutes leurs forces. En effet,

« La maladie peut être utilisée comme protection pour palier une déficience dans sa profession et dans la concurrence avec d'autres, dans la famille comme moyen de contraindre les autres à des sacrifices et à des preuves d'amour, ou de leur imposer sa volonté »¹⁴.

Ce sont là les bénéfices de surface, indûment popularisés par la psychologie, au point que leur recherche apparaît au médecin comme une manipulation consciente dont ils font les frais. Il y a des motifs plus profonds, par exemple le motif inconscient de la maladie comme autopunition. Il convient de se départir d'un jugement de valeur, pour considérer toute l'étendue de ce qu'on appelle le « rôle de malade » (*sickness*), rôle qui est aussi en grande partie prescrit par la société et l'entourage, et qui vient renforcer ou rigidifier l'*illness*, la condition vécue subjective de la maladie, ces deux termes en contraste avec *disease*, qui serait la maladie telle qu'elle est conçue par la science médicale.

Aujourd'hui, quand on parle de médecine centrée sur le patient, qu'on fait cas des représentations qu'a le malade de sa maladie et de son traitement, mais aussi quand on fait grand cas de la participation active du malade, de son rôle de co-décisionnaire de tout ce qui le concerne par rapport à sa santé, on peut avoir tendance à comprendre la demande d'être traité « de la façon qui lui convient à lui » comme une recommandation de bonne pratique, voire comme une injonction morale qui s'exerce sur le médecin. L'exemple clinique donné par Lacan était le suivant :

« Ai-je besoin d'évoquer mon expérience la plus récente : un formidable état de dépression anxieuse permanente, durant déjà depuis plus de 20 ans, le malade venait me trouver dans la terreur que je fis la moindre chose. À la seule proposition de me revoir 48 heures plus tard, déjà, la mère, redoutable, qui était pendant ce temps campée dans mon salon d'attente avait réussi à prendre des dispositions pour qu'il n'en fût rien ».

Le médecin se trouve assez facilement en porte-à-faux : car l'état de maladie ne fait souvent pas de doute. Et si le malade réclame d'être traité, il peut le faire avec d'autant plus de véhémence qu'il ignore y être attaché. Que signifie alors respecter l'autonomie de la personne, la soigner en tenant compte de ses préférences? On ne peut non plus sans difficulté s'en tenir aux besoins¹⁵.

J'ai vécu récemment une expérience analogue. Une jeune trentenaire, encadrée par ses parents, consulte un supposé « expert » pour trouver un lien entre différentes affections médicales diagnostiquées au cours des années précédentes. Au cœur de la

¹³ FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », op.cit., p.45.

¹⁴ Ibid., p.47.

¹⁵ Cf. BARTHES Roland, *Le Neutre*, op.cit., p.131. « L'absence d'idéologie est la barbarie, non un état idyllique. Ceux qui sont sans idéologie ne parlent que de leurs besoins, aucun discours ne vient transformer, renverser, sublimer, justifier, naturaliser la déclaration de leurs besoins ».

problématique, un état dit bipolaire, faisant l'objet d'investigations neurocognitives et d'une approche thérapeutique strictement pharmacologique. Ce diagnostic était remis en cause après la découverte d'une hypothyroïdie assez sévère : ne s'agirait-il pas d'une encéphalopathie de Hashimoto, laquelle pourrait être sensible à un traitement par corticoïdes? L'essai d'un traitement de cette nature n'avait pas été encore entrepris, car la corticothérapie peut aggraver la situation psychiatrique (i.e., provoquer un état maniaque). Par contre, le trio familial faisait grand cas des effets spectaculaires d'une micro-dose d'aspirine, me suggérant une piste pour considérer la possibilité d'un mécanisme vasculaire provoquant la maladie mystérieuse de la fille. Les détails importent peu ici ; je m'étais étonné ouvertement, à l'écoute du discours de la patiente, et avec ce qu'on m'avait donné à entendre de la problématique familiale complexe dans laquelle elle était plongée, qu'aucune psychothérapie ne lui ait été proposée. Peu de temps après, un psychiatre de renom sollicité lui aussi pour donner un avis sur le cas émettait la même suggestion d'une psychothérapie. Lorsque j'ai revu cette dame, seule cette-fois, elle me disait qu'elle n'avait rien entrepris dans cette direction, n'en voyant pas l'intérêt.

Quand une maladie organique est en jeu, le médecin déploie toutes sortes d'observations qui permettent une accumulation de données somatiques. Cet investissement est non seulement souhaitable, mais dans la plupart des cas absolument requis car l'à-peu-près peut avoir des conséquences dramatiques¹⁶. Mais l'enrichissement du dossier médical a souvent pour corollaire l'appauvrissement de ce qui subsiste de la parole du patient. Si, du fait de la complexité de la maladie, et/ou de sa gravité, de sa durée, l'existence du malade passe à l'arrière-plan, alors que le traitement des dégâts organiques occupe toute la scène, le malade trouve parfois dans la maladie et la forme de vie médicalisée qu'elle implique une place éminente quoiqu'assez rétrécie, pour exister et communiquer. Ce peut même, dans certains cas, être (inconsciemment) souhaité, et par le malade, et par le médecin. Il peut y avoir connivence entre l'effort (inconscient) du patient pour mettre à l'écart son histoire personnelle, et l'effort du médecin pour laisser en dehors de l'espace de la rencontre, tout ce qui ne concerne pas son domaine strict de compétence technique. La surdité du médecin a alors une fonction défensive évidente : sur quelles terres inconnues pourrait l'entraîner un malade qui se mettrait à parler en-dehors de la communication des détails nécessaires à la conduite du traitement? On le voit par contraste dans les cas, plus rares, où le malade ne demande pas ce à quoi on pourrait s'attendre.

Adèle est une femme de soixante ans hospitalisée en raison de l'augmentation massive du volume de ses deux membres inférieurs, qui s'en trouvent enraidis et douloureux. Il a pu paraître évident qu'Adèle demande que soit identifiée la nature de son mal et que soit engagé un traitement destiné à améliorer son état, voire à en obtenir la guérison, ce qui paraissait déjà impossible à espérer une fois posé le diagnostic de cancer indifférencié avec envahissement lymphatique responsable d'une compression pelvienne. La démarche avait été menée à marches forcées, depuis la biopsie diagnostique jusqu'à l'établissement d'un protocole de chimiothérapie adapté. Et là, surprise! Adèle ne veut pas être traitée. Mais alors que demande-t-elle? Son attitude a été beaucoup discutée dans le service. Certains sont choqués : « elle ne comprend pas que c'est sa seule chance, il faut la convaincre ». D'autres pensent qu'il faut respecter cette volonté dans la mesure où le pronostic est mauvais, ce qu'elle semble avoir compris. Ils précisent qu'ils seraient probablement d'un autre avis si le pronostic était meilleur. Mais, en fait, que demande-t-elle? Son refus obligeait à repasser par sa demande, à faire le détour par sa demande. J'emploie sciemment ce terme de détour car les lésions visibles sur le corps avaient « parlé » pour elle : le motif de sa présence à l'hôpital était si manifeste qu'on en avait

¹⁶ Songeons tout simplement au traitement antibiotique inefficace car inadapté à la sensibilité du germe.

Chapitre II

déduit ce qui ne pouvait manquer d'être sa demande, à savoir d'être soignée. Je passe ici sur les considérations des uns et des autres : cette femme par son attitude a renvoyé chacun à sa propre position et à sa propre éthique, notamment pour ce qui concerne la visée du bien (dont il faudrait persuader le malade, et pour certains le lui imposer jusqu'à ce qu'il y acquiesce). Interroger Adèle sur sa demande permet de découvrir des choses étonnantes, dont on peut ici rapporter quelques traits. Elle avait en mémoire le couple de ses parents dont l'un avait été longtemps malade et soigné par l'autre pendant des années qu'elle décrit comme une lente déchéance et un calvaire avant une mort pénible. Etre traitée pour un cancer représentait pour elle le vertige d'un supplice lentement distillé. Et qui la veillerait au soir de douleur? Son père mort était, disait-elle, le seul qui la tenait en estime. Elle avait rompu avec ses sœurs et sa mère, vis-à-vis desquelles elle entretenait une rancœur tenace. Elle ne voulait surtout pas être prise en pitié, avoir quelque chose à leur demander, les obliger à faire œuvre d'humanité vis-à-vis d'elle-même. Se révélait en filigrane comme un fantôme de martyr, mais un martyr dont l'agonie ferait rejaillir après coup du remords et de la culpabilité dans sa famille.

On ne peut donc pas dire de cette femme qu'elle demande purement et simplement une guérison. Son attitude s'apparentait davantage à une mise à l'épreuve du médecin de la faire sortir d'une condition qu'elle paraissait, d'une certaine façon, attachée à conserver.

On ne peut dire non plus qu'il suffirait de la comprendre, de se familiariser avec son raisonnement (aussi déraisonnable qu'il apparaisse dans la logique médicale), pour la dissuader de persister dans son refus. Si le malade témoigne, dans les propos qu'il livre (il ne les livrera que si le médecin lui en a laissé l'espace), de l'ambivalence de ses vœux, le médecin est interpellé, non plus simplement dans son rôle d'agent de l'institution médicale, mais dans son être. Une nouvelle perspective s'ouvre, car il se découvre impliqué subjectivement dans l'accueil qu'il réserve à la demande et dans la réponse qu'il lui donne. L'angoisse n'est jamais loin. Le médecin aura tendance le plus souvent à s'en préserver. D'abord en ne laissant pas la parole au malade. Ensuite en se défendant d'y entendre toute forme de remise en question de ce pour quoi il travaille ; en se mettant lui-même à distance, c'est à dire en restant au niveau du personnage médical, tenant éventuellement des propos lénifiants destinés à colmater la brèche qui se creuse, tant chez lui que chez son patient. On pourra objecter que le médecin ne doit pas par son attitude risquer d'amplifier le niveau d'anxiété de son patient, et qu'il se doit par contre de tout faire pour l'atténuer. Mais jusqu'à quel prix cette éthique de la bienfaisance? L'anxiété fait reculer, mais si elle signale la proximité vertigineuse du désir, ne peut-on accompagner son patient plus près du bord ? Car s'agit-il vraiment de l'angoisse du malade? N'est-ce pas souvent d'abord le médecin qui recule, pris par son imagination? Se tenir au plus près de ce que dit le patient permet alors de régler son attitude au plus près de ce qui est possible au malade. Car s'il ne s'agit pas d'ajouter une souffrance insurmontable, il convient de ne pas sous-estimer les possibilités du malade d'affronter la vérité de sa situation.

Chaque médecin a en mémoire des malades qui viennent, à leur insu, chercher l'authentification de leur état de maladie, qui viennent s'assurer que le médecin les y préservera, ou encore attester de l'impuissance des médecins munis de leur savoir de trouver et la cause et le remède. Dans de telles circonstances, le désir de guérir n'est pas du côté du malade, il serait plutôt du côté du médecin, pour se débarrasser d'un importun ! Il y a hors du champ de ce qui est modifié par le bienfait du traitement, quelque chose qui insiste. Désir d'être reconnu, désir d'existence, qui oblige d'en passer par le corps pour se rendre chez le médecin. On pourrait en

multiplier les exemples, ils sont quotidiens. Mais le médecin serait mal venu de croire qu'il suffirait de décrypter un tel désir de reconnaissance chez son patient et de le lui communiquer pour qu'il aille mieux¹⁷. La maladie iatrogène trouve là une de ses origines. En réalité, il faut se garder de comprendre trop vite ce qu'on croit identifier comme la demande du malade, comme le montre l'histoire suivante :

Alice a été soignée il y a environ cinq années d'une maladie de Hodgkin et est suivie régulièrement en consultation à l'hôpital. Elle vient à chaque consultation s'assurer qu'elle est toujours bien malade, en sursis certes, mais toujours fatiguée à cause de sa maladie et de la chimiothérapie dont elle avait eu à subir quelques séquelles. Il peut être un peu rapide de n'y voir qu'une manière de tirer bénéfice d'aides sociales et médicales diverses. Tout l'univers de ses relations, conjugales, familiales, sociales s'était organisé autour d'« elle-malade » et il s'agissait à première vue de pouvoir le rester. Le caractère méconnu par le patient de cette préoccupation ne préserve pas le médecin d'un certain agacement quand il est confronté à ces malades qui ne sont pas contents alors qu'ils devraient l'être, puisqu'ils sont guéris selon les critères carcinologiques. Si des éléments de psychologie peuvent aider le médecin à connaître l'existence des conséquences psychiques de la maladie cancéreuse et de son traitement, si les grands traits des bénéfices de la maladie lui ont été révélés par quelques lectures spécialisées, cela ne lui sera pas forcément d'un grand secours pour guider son acte. Se fera-t-il moralisateur ? Educateur ou rééducateur ? Compréhensif vis-à-vis de quelqu'un qui a souffert dans sa chair et qui puise dans une épreuve bien réelle la légitimité de ses plaintes ? Ou se mettra-t-il à l'écoute de ce qui apparaîtra comme étant resté figé dans l'existence d'Alice, à partir de la calvitie provoquée par la chimiothérapie, ce traitement si diabolique qui avait défiguré durablement son image dans le miroir. Les séquelles de la chimiothérapie encore ressenties dans le corps semblaient avoir cette fonction de rappel du cauchemar (ainsi se donnait en souvenir la période du traitement), et réactualisaient dans une répétitive insistance ce moment d'inquiétante étrangeté qui l'avait saisie un jour devant la glace de sa salle de bains. Ce lien, qui s'établit de fil en aiguille dans le récit, entre les plaintes actuelles et ce moment traumatique, précède pour Alice la levée progressive des entraves à sa guérison. La demande d'être débarrassée des symptômes résiduels résonne sur un certain plan comme une ingratitude après avoir eu la vie sauve, et une exigence d'autant plus mal vécue qu'elle se heurte à l'impuissance du médecin (les séquelles sont là, et pire, elles sont les conséquences du traitement). Et pourtant, la demande était à prendre au pied de la lettre : quelque chose n'était pas encore guéri. Encore fallait-il prendre en compte toutes les vies du corps (cf. chapitre précédent) pour le découvrir. Les séquelles objectives n'ont bien entendu pas été modifiées. Mais elles n'étaient qu'un point de fixation pour la demande, puisque celle-ci ne pouvait pas être explicitée davantage, son objet n'étant pas consciemment identifié. Bien entendu, je n'ai aucune certitude de ce qui s'est passé pour Alice : je ne peux affirmer que ce moment de narration du cauchemar ait été la *cause* de sa dissipation.

Se laisser étonner par la demande, ne pas la rabattre sur le besoin indentifiable de soins, permet qu'une place soit réservée à cette part du discours du patient qui ne se réduit pas à ce qui s'inscrit directement dans le savoir médical. C'est alors le patient qui enseigne le médecin sur la nature de ce qui motive sa demande, qui l'instruit de ce qui se trame réellement dans son existence.

¹⁷ Nous n'entrons pas dans le détail de la théorie de la reconnaissance (HONNETH Axel, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Cerf, 2007), ni des nuances que nombre d'auteurs lui ont apporté en partant d'angles d'analyse différents. Voir CAILLE Alain (dir), *La quête de reconnaissance, nouveau phénomène social total*, Paris, La Découverte, « Bibliothèque du M.A.U.S.S. », 2007.

Jusqu'à présent, nous avons évoqué des situations où il existe des maladies lésionnelles. Mais chez un nombre important de malades, l'examen clinique ne décèle pas d'anomalies objectives en rapport avec les plaintes. Certains malades se sont vus « explorés » par de nombreux artifices qui ont échoué à produire une réponse authentifiant leur plainte. « Vous n'avez rien », « on ne trouve rien », « rien d'organique », sont alors les termes couramment employés. D'autres solutions s'offrent aux praticiens, notamment certains diagnostics qui restent assez flous pour ménager un certain jeu (comme quand on dit d'un vêtement trop ample qu'il a du jeu) au patient et au médecin : les troubles fonctionnels ou idiopathiques fournissent là leur plein emploi. D'autres étiquettes sont à la fois plus simples et plus risquées à manier, ainsi le syndrome de fatigue chronique ou la fibromyalgie. Plus simples, car elles offrent un semblant de réponse, sous la forme d'une localisation dans la nosographie ; plus risquées, car les représentations répandues sont celles d'entités dont on ne peut guérir, et dont on est d'autant plus victime que la médecine s'y intéresse peu. J'emploie le terme de « représentation », mais certains termes de la nosographie (« cancer », « sclérose en plaques », mais aussi pour certains « fibromyalgie ») fonctionnent comme s'ils imposaient une signification précise, comme s'ils assignaient à l'avance une expérience particulière. La maladie de Lyme est venue « sauver » de l'échec diagnostique un certain nombre de ces couples médecin-malade : en effet, une sérologie positive est parfois trouvée et sert alors d'alibi aux deux partenaires pour toutes sortes de symptômes généraux ou douloureux. L'intérêt de la cause infectieuse est qu'elle s'accorde parfaitement à la représentation corrélatrice d'une victime innocente, qui n'y est pour rien dans ce qui lui arrive. Quelqu'un qui n'y est pour rien est quelqu'un qui n'a pas à répondre de ce qui lui arrive : il en est irresponsable, littéralement. Pourquoi le questionner, il ne peut pas répondre. Sa demande contient une exigence cachée : qu'on ne lui demande rien à propos de ce qui est survenu.

Finalement beaucoup de ces patients ont eu l'impression qu'ils n'étaient pas pris au sérieux et vont remplir certaines salles d'attente, là où les médecines douces, parallèles et holistiques leur procureront souvent un certain soulagement¹⁸. D'une certaine manière, il aura été répondu à la demande de ne pas creuser la situation dans certaines directions et de privilégier celles qui ont la faveur du malade. Si bien que le médecin peut se trouver désarçonné : voici un individu qui réclame de n'être pas sujet de son histoire, mais qu'on soit néanmoins attentif à sa personne.

En pareils cas, il semble bien que le médecin ait fait taire ou oublié sa raison et son intelligence. Il oublie que l'être humain n'est pas qu'un organisme biologique. Quand il ne l'oublie pas, il est comme démuni. Et quand il cherche à se « munir », que lui propose-t-on aujourd'hui? Des modèles bio-psycho-sociaux intégrés, des considérations comportementales, des théories psychosomatiques ésotériques, difficiles à assimiler et à articuler à la pratique¹⁹. Le plus souvent, il se déclarera incompetent et dans le meilleur des cas, cherchera la collaboration

¹⁸ Comme le constatait déjà le rédacteur de l'entrée « Charlatan » de l'Encyclopédie : « Quoique l'impudence et le babillage soient d'une ressource infinie, il faut à la charlatanerie quelque disposition intérieure qui en prépare le succès : mais l'espérance d'une prompte santé d'un côté, celle d'une bonne somme d'argent de l'autre, forment une liaison et une correspondance assurée ». BARROUX Gilles, *La médecine de l'Encyclopédie...*, op.cit., p.181.

¹⁹ Ainsi, toute théorie sur le déterminisme inconscient du choix d'organe (pour la lésion) peut être considérée comme une parfaite illustration de la sous-détermination des théories par les faits.

d'un « psy », ce que le patient est loin d'accepter sans précautions. Car ce « rien », pour le malade, a la même signification, la même portée, le même vécu que toute autre maladie plus conforme aux modèles médicaux. La demande adressée au médecin par le malade névrosé ou fonctionnel, celui chez qui on ne trouve pas de maladie organique, est à prendre non dans sa matérialité (quand bien même elle concerne le plus souvent un trouble corporel) mais dans sa littéralité, c'est-à-dire dans sa valeur signifiante, qui ne nécessite pas un référent lésionnel introuvable pour fonctionner. Et la valeur éminente d'un trouble physique n'est-elle pas de permettre au sujet d'adresser une demande? Dans ces cas, la démarche médicale ne doit pas viser à fonder la réalité organique comme cause du trouble physique (car elle aboutira alors à un constat d'irréalité du trouble, par rétroaction à partir de l'absence de lésion), ni viser à éclaircir un rapport de causalité linéaire entre un trouble psychique et le trouble physique, mais à éclairer le rapport entre le discours du patient et l'objet qu'il désigne (son corps ou une partie de celui-ci) comme venant faire défaut, être source d'insatisfaction ou de douleur. La demande du patient appelle toujours autre chose qu'un savoir scientifique sur la cause de son mal. Mais elle peut paraître exorbitante : « rendez-moi un corps apte à jouir ». Or, l'aptitude au plaisir corporel est souvent compromise indépendamment de la maladie physique, même si celle-ci sert alors souvent de canal pour exprimer son insatisfaction. Et elle fait souvent énigme, que ce soit pour le malade ou pour le médecin. Selon Israël, c'est la raison pour laquelle médecin et malade préfèrent parfois rester « sourds à la demande plutôt que d'entendre le cri, le hurlement, qu'elle recèle »²⁰.

L'attention clinique minutieuse à la demande du patient peut fournir des éléments qui aident à pondérer les valences multiples d'un symptôme, quand sa signification est ambiguë. Au moment de faire connaissance, le médecin et le patient empruntent souvent des tournures verbales ritualisées. Chacun joue aussi plus ou moins le rôle attendu par l'autre. Aussi, quand la partition jouée par le malade commente par un motif inusité, l'oreille du médecin se dresse : ce qui fait rupture dans le décor habituel agit comme une incitation à être attentif autrement, d'une manière plus souple peut-être.

Ainsi Ninon, dont la situation a déjà été évoquée, inaugurerait la consultation par ces mots : « Je suis venue parce que j'ai promis à Etienne ». Quand ils ont été prononcés, en réponse à cette invite (« Qu'est-ce qui vous amène? » – question inaugurale invariable, sauf quand j'ai moi-même demandé à revoir le patient), j'ignorais tout des symptômes, mais je « savais » d'emblée (sans savoir par contre si cela aurait ou non de l'importance, ni à quel niveau) qu'un motif de sa venue (et chronologiquement le premier motif) excédait une demande de diagnostic ou de guérison. Dans sa demande, elle commence par se signifier elle-même comme ayant obéi à la demande d'un autre. La décision d'aller chez le médecin comporte régulièrement la pensée d'autrui²¹. Fallait-il s'excuser d'être là et de prendre mon temps? Venait-elle à contrecœur? Se faisait-elle écho du transfert d'Etienne – un médecin de ses amis – sur ma personne? Bien des interprétations sont possibles, et au moment où je transcris par écrit sa réponse, j'ignore si j'y reviendrai ultérieurement. Consigner la première formulation de la demande dans sa littéralité signifiante est un « truc » pour ne pas oublier – à toutes fins utiles –, et pour oublier quand même, c'est-à-dire ne pas m'y fixer et rester disponible à ce qui arrive ensuite ;

²⁰ ISRAËL Lucien, « La demande du malade », in : *Le médecin face au désir*, Toulouse, Erès Arcanes, « Hypothèses », 2007, p. 181-201.

²¹ LAIN ENTRALGO Pedro, *Le médecin et le malade*, Paris, Hachette, « L'univers des connaissances », 1969, p.165.

Chapitre II

mais c'est aussi un expédient qui marque que je me fais le secrétaire de l'expérience inaugurée et l'importance qu'y prend la parole.

Quand Clavreul dit que ce qui compte dans le discours du malade se résume à ce qui sera repris dans les coordonnées du savoir médical, il a peut-être raison dans beaucoup de cas. Mais ces coordonnées ont plus de deux dimensions! Tout peut prendre de l'importance. Si à partir de l'énoncé des plaintes ou symptômes le médecin opère un tri et une traduction dans la sémiologie médicale (cf. chapitre précédent), cela signifie qu'il est capable d'effectuer ce tri, c'est à dire de reconnaître comme proximal ou distal par rapport à son savoir ce qui est donné par les mots du malade. Reconnaître tel symptôme pour le signe possible d'une maladie est logiquement équivalent à reconnaître tel autre symptôme comme n'étant pas signe d'une maladie organique. Dès lors, tout ne dépend pas uniquement de l'appartenance du symptôme à tel ou tel registre (il y a bien sûr des cas indécidables), mais bien de la manière dont le médecin prendra ou non en considération ce qui insiste côté malade et que le médecin a pu exclure en tant que signe d'une lésion. S'il néglige tout ce qu'il a laissé comme « scories », alors Clavreul a raison. Cependant, nombreux sont les médecins qui ne négligent pas ces « scories », et qui gardent en mémoire les chutes de tissu qui n'entrent pas dans le costume que leurs savants ciseaux sont en train de tailler. D'abord parce que, comme le bon grain et l'ivraie de la parabole, ils ne se séparent correctement qu'à la moisson. Ensuite parce que le médecin ne possède pas tout le savoir disponible. Il n'en connaît qu'une partie et il est souvent bien inspiré de ne pas rejeter trop vite ce qu'il ignore. Enfin et surtout parce qu'il peut savoir que ce qui vient dans le discours du malade est porteur d'une vérité qui ne se dit qu'à demi-mots. Si le médecin a une bonne expérience clinique, il ne sera pas crispé sur la maîtrise de ses connaissances. Il peut s'attarder sur les détails, ce qui fait que tel malade énonce sa plainte d'une manière particulière, il a le loisir de s'attacher à sa singularité à partir du moment où ce qu'il sait, il le possède avec assez d'assurance pour s'en départir. Cette disposition est d'ordre esthétique, nous y reviendrons dans le chapitre X,

La nécessité de recueillir les symptômes et signes des maladies ne dresse donc pas obligatoirement un obstacle insurmontable à l'écoute et à l'observation de ce qui fait la singularité de tel patient. Cela n'est pas réservé aux seuls médecins qui acceptent de s'occuper des malades dits fonctionnels. S'il y a une maladie organique, le patient sera d'autant mieux soigné pour cette maladie que l'on aura repéré qu'elle ne rend pas toujours compte de tous les symptômes, et qu'on ne prétendra pas, par les traitements engagés, épuiser la demande ni même les besoins. Cela laissera toute latitude au patient de continuer à parler s'il le souhaite. En somme, l'attention doit être portée à l'ensemble du discours du patient. Les éléments qu'il nous livre avec l'énoncé de la plainte prennent place progressivement dans différents registres. Certaines formulations peuvent être entendues à la fois comme une information communiquée et comme éléments d'une chaîne signifiante. Il y a donc une écoute qui peut rester peu différenciée, ou plutôt, naviguer entre les valences multiples des traces, les multiples vies du corps, et les registres variés de la parole. Avancer qu'elle *doit* rester souple, c'est proposer un réquisit pour une écoute réellement médicale.

Dès qu'Odile allait parler en son nom propre, à mon invitation expresse, elle esquissait un pas d'évitement pour mettre en avant une nouvelle plainte. Elle n'avait de cesse de déclarer que ce qu'elle appelait sa « nervosité » trouvait son origine dans les

douleurs coliques ou sciatiques ou dorsales ou en d'autres points qu'elle ne désignait pas d'un terme emprunté au discours médical mais simplement « là » et « là » en montrant des parties de son corps. Toujours est-il que dans son insistance à questionner l'origine des symptômes et la nature du mal, et dans la négation « ça ne vient pas de moi », j'avais cru entendre l'aveu voilé d'une dénégation²². Maintes fois des explorations avaient été menées pour trouver une lésion susceptible d'expliquer les douleurs, sous la houlette successive d'un entérologue, d'un gynécologue, d'un radiologue, d'un rhumatologue. La demande n'était pas épuisée, loin de là! Mais de quelle demande s'agit-il? Quand le médecin est mis en demeure de répondre à la demande explicite, que doit-il faire? Il ne semble pas qu'une règle générale puisse valoir.

Nombre de malades se figent dans la posture de la plainte, et le médecin a l'impression alors d'être investi à la fois d'un espoir et d'une déception anticipée. Comme si le patient faisait et les questions et les réponses : « Qu'allez-vous m'apporter? Rien, bien sûr ». Le discours du patient semble se borner aux déboires corporels, le corps souffrant est donné à voir, exhibé. L'examen en tant que technique peut être un écran qui laisse deux solitudes juxtaposées là où une rencontre eût été possible. Par exemple, le questionnaire systématique destiné à faire la part du « facteur psychique » : à poser des questions, on n'obtient que des réponses qui en sont les reflets. Le malade est objectivé, et les productions de l'inconscient ne sont que gêne et superfluité, sans aucune application. Il y a aussi la technique de celui qui sait, qui a compris, avant même que le malade n'ouvre la bouche. Fantasma du « moi seul ai le droit et le pouvoir de te guérir ». Il peut être utile de construire l'espace du transfert²³ au lieu de répondre directement à la « convocation » d'un savoir. Que peut-il receler d'ailleurs? Un savoir qui statue sur l'inanité de la plainte ou l'erreur de destinataire (Vous n'avez rien d'organique, ce n'est pas de mon ressort)? Des pseudo-savoirs (C'est le foie qui est engorgé, ou les énergies qu'il faut rééquilibrer)? Dans ces situations qui semblent démarrer en impasse, le premier mouvement subjectif est de se défaire de son propre désir de comprendre, de savoir, de guérir, car les moyens anticipés pour répondre aux besoins ne peuvent que se solder par une déconvenue. Ce mouvement subjectif a une finalité pratique: pouvoir se mettre à l'écoute du discours du patient, en étant attentif aux brèches qui subsistent, quand bien même la narration plaintive prend l'allure d'une description monotone et objectivante des avatars du corps souffrant. Ce corps continue de représenter un sujet qui n'a pas renoncé à sa quête de reconnaissance et d'amour. Si le sujet fait mine de se réduire à un organisme souffreteux, le corps peut néanmoins être réintégré dans une histoire. Cela ne veut pas forcément dire lui donner sens, mais peut-être, supporter le hors-sens de la maladie. Plutôt que de chercher à produire une théorie sur l'apparition de la maladie (ce qui serait, pour le médecin intéressé à la psychosomatique, un savoir équivalent au savoir scientifique biologique sur la maladie organique), le médecin ne doit-il pas essayer de produire une autre réponse, par exemple, de reconnaître la quête de vérité du sujet, alors même que réduit à ses symptômes médicaux, le patient échoue à se faire reconnaître en dehors d'une pseudo-identité médicale? « D'être

²² C'est à dire d'une pensée affirmée tout en s'en défendant. FREUD Sigmund, « La négation » (1925), trad. Jean Laplanche, *Œuvres Complètes*, vol. XVII, Paris, Presses Universitaires de France, 2006, p.165-71. VIRNO Paolo, *Essai sur la négation. Pour une anthropologie linguistique*, trad. Jean-Christophe Weber, Paris, L'Eclat, 2016.

²³ On entend ici par transfert « le ressort même de la relation médecin-malade » que la médecine moderne a eu tendance à délaïsser. BASS Henri-Pierre, VANIER Alain, MATHÉLIN-VANIER Catherine, « Psychanalyse et médecine, aujourd'hui », *Le Journal des psychologues* 2015/8 ; 330 : 53-9.

entendu et compris change celui qui demande et change aussi la demande qui devient demande d'être entendu »²⁴.

Lucien Israël rapporte une anecdote qui illustre les différents niveaux de lecture possible d'une même demande. Il s'agit d'une dame âgée de 76 ans, qui souffre d'insomnies, et qui réclame des somnifères à doses croissantes. L'escalade de doses étant limitée par la toxicité des produits, il y a avait eu déjà beaucoup de changements de molécules. Le mari demande alors au psychiatre qu'est Israël de donner son avis en consultation. La patiente, revendicatrice, « ne cache nullement que son exigence de médicaments à doses croissantes est destinée à lui procurer l'oubli plus encore que le sommeil, l'oubli d'un fils perdu trente ans plus tôt ». Ce deuil était devenu la cause de toutes les déceptions, et avait été ravivé par les déboires conjugaux d'un autre fils : les insomnies étaient alors apparues, et la plainte, répétitive, était considérée comme un récit figé²⁵. Israël dit qu'à un niveau superficiel, on peut croire que la dame veut dormir pour oublier. A un deuxième plan, que sa demande est celle d'une compensation aux deuils et autres blessures narcissiques. Mais la plainte est celle de la vengeance : le fils mort l'avait abandonnée, le fils divorcé l'avait déçue. Au dernier niveau, plus paradoxal et moins conscient, Israël suppose la demande d'une insatisfaction. « Au prix du maintien du deuil, la malade se préservait toutes les possibilités de satisfaction imaginaire ». Autrement dit, ce qui est impossible, c'est une satisfaction dans la réalité (par exemple, trouver le sommeil). Son caractère impossible permet de continuer, douloureusement certes, de vivre en ressassant : « si mon fils avait vécu... » Convoqué sur ce terrain, le médecin doit supporter – pour lui-même – de ne pas pouvoir répondre.

Selon Clavreul, le médecin est divisé par la souffrance de son patient²⁶. Il se sent tenu de répondre à la demande, mais ne peut pas le faire avec son arsenal habituel, il devine plus qu'il ne sait que le fin mot de l'histoire ce n'est pas lui qui le possède mais son patient lui-même, mais de la place où il est situé il ne peut généralement rien en faire, car toute parole de sa part est interprétée comme un déni de la souffrance de son patient, c'est à dire comme un rejet. De l'autre côté, le malade insiste à s'inscrire dans le registre où il pense pouvoir être compris. Ce que le malade apporte, c'est du grain à moudre pour le médecin. Le malade lui parle le langage qu'il peut comprendre. Et parce que le médecin est en position d'examineur, il sanctionne la validité de la demande, son inscription ou sa non-inscription. Une tâche importante du médecin est d'établir une certaine relation entre ce qui semble avoir déterminé le patient à consulter et ce que lui-même a pu comprendre de l'état du patient. Cette relation doit, selon Balint, avoir un sens pour les deux et « satisfaire émotionnellement le patient », sinon celui-ci se sentira incompris, déçu, irrité, abandonné²⁷. Or ces sentiments peuvent prévaloir même chez des patients dont la « vraie » maladie a été efficacement et correctement traitée, voire guérie. Je doute fort que la satisfaction émotionnelle du patient soit une fin souhaitable pour l'action du

²⁴ GREEN André, « Théorie », in : Alain FINE, Jacqueline SCHAEFFER (dir), *Interrogations psychosomatiques*, Paris, Presses Universitaires de France, « Débats de psychanalyse », 1998, p.51.

²⁵ ISRAËL Lucien, « La demande du malade », art.cit.

²⁶ CLAVREUL Jean, *L'ordre médical*, op.cit., p.148.

²⁷ BALINT Michael et Enid, *Techniques psycho-thérapeutiques en médecine*, Paris, Payot / Petite Bibliothèque, 1976, p. 259.

médecin, car elle risque de se heurter à un mur, et d'entraîner le médecin dans des tentatives moins audacieuses qu'irrémédiables.

Il sera plus avisé d'adopter la méthode suggérée par Israël pour l'analyse de la demande : l'entendre comme un récit de rêve, soit quelque chose qui appelle une interprétation²⁸. Et de proposer un premier repérage, assez grossier mais amusant. Par comparaison avec d'autres demandes, celle du malade peut, selon les cas, être analogue à :

– la demande du client au boulanger qui vise un objet précis, en fonction de besoins aisés à repérer. Le fournisseur répond au besoin.

– Mais on peut attendre du boucher une attention supplémentaire qui se traduit par le choix du morceau. Il y a des variations dans la qualité de l'objet et dans la satisfaction du besoin.

– la demande adressée au garagiste va plus loin : elle vise une prestation de service. Celle-ci est parfois nommée mais il n'est pas rare que le demandeur ne puisse que dire en quelques mots simples ce qui se passe, et n'avoir pas d'attente plus précise que celle d'une prise en charge compétente (et de bonne foi).

– Si le médecin se met à poser des questions pour préciser le trouble qui amène le malade à consulter, ce dernier pourra se dire qu'il n'en demandait pas tant. La curiosité du médecin ouvre le malade à une dimension de sa demande qu'il ignorait encore, mais dont il avait peut-être un pressentiment. Et c'est d'autant plus le cas que les symptômes sont imprécis : fatigue, douleurs, malaises, ou mal expliqués.

Il n'empêche qu'il y a, dans des cas comme celui d'Odile, où rien ne parvient apparemment à fissurer l'enduit empesé d'une plainte. Et c'est alors à devoir manœuvrer autrement que le médecin est invité : on se trouve alors à mille lieux de la relation empathique, de l'écoute patiente, de la compassion humaine, bref de tout ce qui est préconisé dans la formation à la relation médecin-malade satisfaisante (Cf. chapitre XII)²⁹.

B. DEMANDE DE SENS, DEMANDE DE SAVOIR

La demande à l'autre circonscrit des lieux corporels investis diversement par la libido, nous l'avons vu plus haut en parlant de la « double vie » du corps. Le corps est « le lieu où l'effet de plaisir s'écrit : il n'y a de plaisirs que corporels »³⁰. Entre l'homme et son corps existe une relation d'amour³¹. Dans cette idylle, la maladie apporte le drame, elle est le personnage indésirable. Ce corps objet de fierté trahit son propriétaire : cette mécanique rouillée, douloureuse, exigeant des soins, des précautions, devient un fardeau, une menace. L'objet d'amour devient objet de crainte, de doute³². La maladie quelle qu'elle soit, à ancrage organique ou non, désorganise la relation au corps. Philippe Petit écrit : « La maladie n'est pas seulement

²⁸ ISRAËL Lucien, « La demande du malade », art.cit.

²⁹ Jacques Lacan parle du *maniement* du transfert. LACAN Jacques, « La direction de la cure et les principes de son pouvoir » (1958), *Ecrits*, Paris, Seuil, 1966, p.585-645. On peut faire un parallèle avec ce que Spinoza dit de la compassion, à écarter si on vit sous la conduite de la raison (Cf. chapitre XII).

³⁰ MILNER Jean-Claude, *Le triple du plaisir*, Lagrasse, Verdier, 1997, p.11.

³¹ ISRAËL Lucien, *Le médecin face au malade*, op.cit.

³² ISRAËL Lucien, *Le médecin face au malade*, op.cit.

une épreuve que l'on traverse, c'est d'abord une mise en quarantaine du désir à tous les sens de ce mot ³³ ». A l'occasion de la maladie la plus banale, de l'affection la plus localisée, l'homme bien portant change de costume pour emprunter le rôle de malade. Le symptôme peut devenir un mode d'expression, la maladie prendre un sens. Pour Laplantine,

« L'individu malade n'arrive jamais à faire le deuil de la question du pourquoi (pourquoi suis-je dans cet état et pourquoi moi ?) de sa maladie »³⁴.

La maladie entraîne presque obligatoirement un questionnement du patient, une demande de sens, au-delà de sa cause matérielle. Pour Piera Aulagnier,

« Tout sujet confronté au corps souffrant, ou au corps malade, redevient en partie l'animiste qu'il a toujours été et, en un sens il a parfaitement raison : parallèlement aux causes physiologiques de sa souffrance, trouve place, et parfois la place essentielle, la manière dont le sujet vit cette souffrance, vécu psychique qui est toujours fonction du désir (de le faire ou de se faire souffrir, de le punir, de le déposséder...) auquel il impute sa souffrance »³⁵.

La notion de faute, le sentiment de culpabilité, peuvent écraser le malade atteint de maladie grave :

« Chercher une cause est toujours nommer un coupable, percevoir une intention de nuire là où n'existe que l'arbitraire vide et destructeur du biologique. Le plus atroce serait le chaos, l'absurde, l'arrêt rendu sans rime ni raison par une divinité inexistante »³⁶.

Le sentiment de culpabilité se développe sur un fond d'angoisse personnelle. Les fantasmes individuels sont concédés avec réticence, sont minimisés, déformés, le malade ne les livre souvent qu'après des entretiens prolongés. Et c'est pour cette raison qu'ils sont surtout connus des psychanalystes. Mais il en est que le médecin peut recueillir. Il y a des mythes individuels qui rejoignent des représentations sadiques : la maladie est vécue comme un monde de tortures, de supplices, de dangers ineffables. Appréhension de l'infirmité, de l'impotence, de la déformation. C'est là que l'on rejoint les problèmes de la relation de l'homme avec son corps, et de la période de l'enfance, des monstres du jardin secret, de l'ambiance de culpabilité dans laquelle baigne l'enfant, renforcée et précisée par la culpabilité sexuelle. Dans le registre sexuel, beaucoup de maladies puisent leur charge angoissante³⁷. Tout médecin a de tels exemples en mémoire. Tous ces éléments sont susceptibles de colorer la demande qui est adressée au médecin.

Pour la médecine, ni la lésion, ni son surgissement n'ont de sens en soi, en-dehors d'être l'effet d'un déterminisme naturel. Toute production de sens à cet endroit s'apparente à une fiction, voire à une construction délirante. Mais qu'en faire alors? Nous ne pouvons que produire du sens, dès lors que nous sommes pris dans le langage. Sans mots, la maladie qui nous atteint ne représente rien. Que survienne une lésion et voilà qu'est produite une interprétation sur une vie transformée par la maladie. Le plus souvent c'est le malade qui en fournit une lecture.

³³ PETIT Philippe, *Philosophie de la prostate*, op.cit., p.26.

³⁴ LAPLANTINE François, *Anthropologie de la maladie*, op.cit., p.353.

³⁵ AULAGNIER Piera, « Condamné à investir », *Nouvelle Revue de Psychanalyse* 1982 ; XXV : 309-330.

³⁶ FOREST Philippe, *L'enfant éternel*, Paris, Gallimard, 1997.

³⁷ ISRAËL Lucien, *Le médecin face au malade*, op.cit., p.52-70.

La signification découverte est de l'ordre d'une construction imaginaire dont les motivations, la raison d'être, échappent régulièrement à l'intéressé. L'érotisation du corps ou d'une de ses parties par la maladie peut permettre de focaliser les états de tension et offrir un semblant de solution à des conflits psychiques insurmontables. Il est peut-être dans le rôle du médecin d'aider son malade à comprendre, à se comprendre. Le médecin peut accueillir cette tentative de relier par du sens l'événement maladie, en relevant ce qu'elle contient de questionnement. Mais cela ne signifie pas entériner l'explicitation du sens attribué par le patient comme vraie ou la réfuter comme fausse, ni confondre le sens donné et la cause. L'intérêt du livre de Fritz Zorn est d'ailleurs qu'il déplie une multiplicité de lectures possibles de sa maladie : politique, sociologique, théologique, philosophique, psycho-somatique, et en indique aussi la finalité : ne pas capituler³⁸.

Il nous semble d'ailleurs qu'une des difficultés dans l'abord du champ psychosomatique est la distinction entre sens et causalité. Les travaux de Marty et de son école tournent autour de l'établissement de la preuve d'une action du psychique sur l'organique altéré, en cas de maladie lésionnelle³⁹. Quand il s'agit d'un processus lésionnel, le terrain nous semble assez glissant. Pour tenter de rendre compte d'un « passage » entre une cause psychique et des effets somatiques, différentes théories ont été développées : activation de gènes latents par des signifiants propres et spécifiques du sujet⁴⁰; défaut de mentalisation, fixations fonctionnelles et régressions somatiques ou désorganisation mentale⁴¹; théories psycho-neuro-endocriniennes ou immunologiques⁴², etc. Reprendre en détail toutes ces théories déborde le cadre de ce qui nous importe. Nous voulons simplement souligner que, pour le médecin, on ne saurait confondre un trouble de conversion avec un processus lésionnel qui confronte aux limites du langage. L'abord de l'être humain comme corps parasité par le langage nous semble avoir une valeur heuristique supérieure au dualisme psychosomatique, dans la mesure où cela nous permet de nous intéresser aux développements des neurosciences sans considérer qu'ils disqualifient la psychanalyse⁴³.

Certains patients sont tellement disposés à croire à une causalité psychosomatique que quand ils éprouvent des symptômes dont on leur a signifié cette origine, ils s'offrent un brin d'introspection et viennent dire au médecin qu'ils n'ont « rien trouvé » qui puisse étayer la relation causale présumée entre ce qui leur est arrivé récemment et leurs symptômes actuels⁴⁴. D'autres procèdent à l'inverse, et imputent aux aléas du quotidien conjugal ou professionnel la récurrence de leur diarrhée, migraine, lombalgie, crise d'asthme... Ils se sont construit, avec la complicité du médecin, un système psycho-somatique en béton qui ne vacille plus et n'a aucune

³⁸ ZORN Fritz, *Mars*, Paris, Gallimard, « Folio », 1979. Curieusement, c'est surtout l'idée d'une psychogénèse du cancer qui a dominé la réception du livre.

³⁹ KELLER Pascal-Henri, *La médecine psychosomatique en question ; le savoir du malade*, Paris, Odile Jacob, 1997, p.183.

⁴⁰ GUIR Jean, *Psychosomatique et cancer*, Paris, Point Hors Ligne, 1983.

⁴¹ MARTY Pierre, *Mentalisation et psychosomatique*, Chilly-Mazarin, Delagrangue, « Les empêcheurs de penser en rond », 1991.

⁴² DANTZER Robert, *L'illusion psychosomatique*, Paris, Odile Jacob, 1989.

⁴³ Ni Freud ni Lacan n'ont reproduit le dualisme psycho-somatique.

⁴⁴ En quoi ils ont probablement raison, foncièrement. Invalider les constructions sommaires d'une psychosomatique rudimentaire (qui met tout sur le compte du « stress »), le patient énonce aussi que s'il consulte, « c'est qu'il fait l'expérience de l'ignorance où le laisse son symptôme, et qu'il pense, suppose que le savoir peut y remédier ». VANIER Alain, « Passion de l'ignorance », *Cliniques Méditerranéennes* 2004/2 ; 70, p.63.

faillie. Ce qui aurait pu avoir une valeur heuristique (envisager les déterminations multiples qui affectent un corps) se trouve alors à l'origine d'un bouclage, d'une fermeture du sens, d'une conviction inébranlable. Le travail à faire serait plutôt une entreprise de *désinterprétation* d'un sens figé.

Réfuter les constructions du malade reviendrait à le déposséder de quelque chose de précieux. Or, il ne faudrait pas voir dans toute dépossession quelque chose dont le malade viendrait à pâtir. En effet, quand le trouble dont il souffre trouve une explication médicale, le malade est dépossédé en quelque sorte de l'interprétation qu'il s'en faisait, mais cela peut avoir un effet d'apaisement. Ce qui s'interprétait dans des coordonnées sociales, religieuses, morales, familiales, et renvoyer à la honte, à la culpabilité, à la faute, et qui se trouve expliqué par les déterminations physiopathologiques peut perdre tout ou partie de sa connotation péjorative. Toutefois, la réduction du trouble corporel au dysfonctionnement de l'organisme n'est souvent pas suffisante. Le cas du Sida est venu rappeler avec force que l'élucidation biologique peut aussi aviver l'angoisse et la honte.

Plus intéressante nous semble ici l'indication de Lacan, toujours dans sa conférence aux médecins, sur la demande de savoir, qui marque précisément l'originalité de la position médicale :

« Ce que j'indique en parlant de la position que peut occuper le psychanalyste, c'est qu'actuellement c'est la seule d'où le médecin puisse maintenir l'originalité de toujours de sa position, c'est-à-dire de celui qui a à répondre à une demande de savoir, encore qu'on ne puisse le faire qu'à amener le sujet à tourner du côté opposé aux idées qu'il émet pour présenter cette demande »⁴⁵.

« Tourner du côté opposé » renvoie à ces « manœuvres » à opérer que nous évoquions un peu plus haut. Lacan entend souligner que le médecin devrait être averti des rudiments de la structure du sujet pour pouvoir se repérer⁴⁶. Il ne s'agit pas de psychologie relationnelle, ni de tests psychotechniques « où les réponses sont déterminées en fonction de certaines questions elles-mêmes enregistrées sur un plan utilitaire »⁴⁷, mais plutôt des liens qui nouent la demande de savoir adressée au médecin au désir de savoir qui est articulation du désir sexuel dans le langage et le développement de l'individu. On peut regretter que les présupposés de Lacan ne soient pas davantage explicités pour soutenir les conclusions pratiques qu'il dégage à destination des médecins. Nous en retenons deux, qui concernent le savoir. Premièrement ce désir de savoir alimente puissamment (il est enraciné à la libido) la demande adressée au médecin, qui est un sujet-supposé-savoir. Ce rapport particulier est nommé transfert. Ce transfert est d'autant plus facile que la science supporte ce « mythe du sujet supposé savoir ».

« Au bout de cette demande, la fonction du rapport au sujet supposé savoir, révèle ce que nous appelons le « transfert ». Dans la mesure où plus que jamais la science a la parole, plus que jamais se supporte ce mythe du sujet supposé savoir, et c'est cela qui

⁴⁵ LACAN Jacques, « La place de la psychanalyse dans la médecine », art.cit.

⁴⁶ Pour opérer correctement, il faut que le médecin se plie à un exercice et une formation de sa pensée : « il faut que le médecin soit rompu à poser les problèmes au niveau d'une série de thèmes dont il doit connaître les connexions, les nœuds et qui ne sont pas les thèmes courants de la philosophie et de la psychologie ». LACAN Jacques, « La place de la psychanalyse dans la médecine », art.cit.

⁴⁷ Ibidem.

permet l'existence du phénomène du transfert en tant qu'il renvoie au plus primitif, au plus enraciné du désir de savoir ».

Tout désir de savoir se révèle, dès l'origine, être la quête d'un savoir sur le désir, et plus précisément sur le désir de l'Autre. Quand le sujet s'interroge sur ce qui est cause du désir maternel, ou de l'ordre du monde et de l'agencement du réel qui l'entoure, – et la maladie qui l'affecte est une situation propre à une telle interrogation –, c'est, selon Aulagnier, toujours la même fonction du savoir : faire surgir du vraisemblable là où risque de faire irruption le non-sens et le non-su du désir que la demande a pour fonction de masquer⁴⁸. Toute demande de savoir est demande de maîtrise sur ce champ du réel que le sujet rencontre comme champ du déplaisir, comme ce qui se dérobe et résiste. Cette épreuve, le sujet espère la vaincre par l'acquisition d'un plus-de-savoir. Quand l'épreuve est la maladie, le sujet adresse cette demande au médecin. Entendons-nous bien : la demande de savoir qui porte sur la maladie est grosse d'une inquiétude qui va bien au-delà. C'est pourquoi le médecin ne doit pas s'y refuser, tout en étant prudent dans les réponses proposées.

D'autant plus que, deuxièmement, ce savoir attendu et réclamé, qui au bout du compte dirait la vérité du sujet sur son désir et son rapport à l'autre, est à situer du côté du sujet, qui ne le sait pas encore. Dans *La direction de la cure et les principes de son pouvoir*, Lacan écrit en note que « Le transfert (...) c'est l'interrogation portée par un sujet sur son savoir ». Et pourtant, au plan manifeste, « la mise du transfert c'est ce *je ne sais pas ce que je vous demande* »⁴⁹. Attention, il ne s'agit pas d'affirmer que le malade sait *pourquoi* il est malade⁵⁰, mais que ce savoir est trop lourd à endosser pour être présent à la conscience.

En médecine aussi, prenons acte de la possibilité d'une confusion des savoirs prêtés au médecin et de ce qu'on peut en attendre. S'intriquent en effet un savoir scientifique sur les maladies, savoir certes partiel mais imputé au médecin à juste titre – du moins c'est souhaitable ! –, savoir nécessaire et parfois suffisant à satisfaire les besoins de soins, mais inopérant à répondre à la demande dans toute son étendue; et un autre savoir, imputé par méprise, ce savoir qui dirait la vérité du sujet. Car là le médecin ne sait rien sur ce que le sujet croit qu'il sait. Il sait simplement qu'il y a de l'insu à faire advenir. « Ce qui est inattendu c'est que le sujet avoue lui-même sa vérité et qu'il l'avoue sans le savoir »⁵¹. Ici encore le symptôme est un message qui insiste à être entendu, porteur d'un désir qui ne s'avoue qu'en se méconnaissant (sous la forme d'une dénégation par exemple), et dont le médecin pourra restituer un fragment, si tant est qu'il accorde au discours du malade le crédit de ce « savoir insu ». Car alors le détenteur du savoir n'est plus celui qu'on croit⁵², et ceci subvertit la position du médecin, ce qui n'est à coup sûr pas chose facile. Le « piège » du discours scientifique dans la culture contemporaine que partagent médecins et malades, est qu'il s'est laissé attribuer une

⁴⁸ AULAGNIER Piera, Le « désir de savoir » dans ses rapports à la transgression. *L'inconscient* 1967, n°1, p 109-125.

⁴⁹ LACAN Jacques, « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », op.cit.

⁵⁰ Cette idée est souvent présente, plus ou moins explicitement, dans les propos tenus par des psychanalystes sur la maladie physique. Par exemple : LAMBRICHS Louise L, *Le livre de Pierre*, Paris, La Différence, 1995; GUIR Jean, *Psychosomatique et cancer*, op.cit.

⁵¹ LACAN Jacques, « La place de la psychanalyse dans la médecine », art.cit.

⁵² Pour le symptôme hystérique, on pourrait dire que le contenu du message n'est connu que de l'expéditeur (ISRAËL Lucien, *L'hystérique, le sexe et le médecin*, Paris, Masson, « Médecine et psychothérapie », 1985, p.17), mais qu'il lui est encore caché.

promesse, celui de révéler les vérités dernières. Si les avancées de la science mobilisent et renouvellent les demandes adressées à la médecine, la réponse à la demande est « quelque chose qui reste constant, hors du champ de ce qui est modifié par le bienfait thérapeutique ». La signification de la demande est la « dimension où s'exerce à proprement parler la fonction médicale ⁵³ ».

Les variations possibles de la demande ne s'arrêtent pas là⁵⁴. Si elle n'est pas réduite à la satisfaction utilitaire des besoins corporels, la difficulté, on l'a vu, est que cela entraîne médecin et malade derrière l'écran de cette demande, et que ni l'un ni l'autre ne souhaitent toujours véritablement découvrir son en-deçà ni son au-delà. Aussi, la demande est-elle parfois une « demande de ne pas savoir, demande d'avoir le droit de continuer à ignorer, demande de renforcement d'une certaine méconnaissance⁵⁵ », alors même qu'est formulée une demande explicite de savoir ! La demande est parfois demande d'un mensonge partagé, d'une complicité dans le mensonge de la méconnaissance.

En l'absence de réponse adéquate – ou plutôt faute d'avoir su la trouver – la demande conduit à une escalade extrême.

Depuis l'ablation de deux dents de sagesse, six mois auparavant, Natacha qui vient d'avoir dix-huit ans souffre le martyr. D'atroces douleurs de la face irradiant dans les mâchoires et le crâne, l'empêchent de dormir, de manger, et même de se lever. Elle passe le plus clair de son temps au lit. Depuis trois ans son petit ami partage sa chambre au domicile familial de Natacha : « il ne me voit pas sous mon meilleur jour ». Les traitements médicamenteux sont inefficaces, sauf la buprénorphine, mais qui n'est pas supportée.

En fait, c'est un parcours qui s'étend depuis quatre ans dans les hôpitaux de la région que Natacha a déjà accompli et que je découvre dans le dossier que l'on m'a confié quelques jours avant la consultation. A quatorze ans, elle est hospitalisée en chirurgie pédiatrique en raison de douleurs abdominales et d'une constipation. Elle « subit » une appendicectomie. On lui a dit ainsi qu'à ses parents, qu'il s'agissait d'une appendicite subaiguë (mais le compte-rendu anatomique mentionne un appendice normal). Les notes des infirmières sont plus riches d'informations que le dossier médical qui fait silence sur un certain nombre de faits : Natacha aurait des malaises depuis la naissance d'une petite sœur. Sa mère et elle auraient accepté le principe d'une psychothérapie, à la suite d'un entretien psychologique demandé à l'admission. Mais *on l'opère quand même* de l'appendice. J'apprends aussi par les notes des infirmières qu'elle avait toujours mal au ventre après l'opération... Quelques mois plus tard, elle est à nouveau hospitalisée pour des douleurs abdominales décrites comme des crampes, accompagnées de diarrhée, avec traces de sang... Une rectocolite est suspectée. Il est fait aussi mention de pertes vaginales fétides, de brûlures vulvaires. Natacha est réglée et aurait des pertes vaginales depuis l'enfance. Les endoscopies gastrique et colique avec prélèvements biopsiques sont normales. Le rapport d'hospitalisation parle d'une évolution favorable, mais les notes des infirmières mentionnent des maux de ventre persistants. L'année suivante Natacha est hospitalisée pour une angine et on l'opère des amygdales. Quelques mois plus tard, elle est hospitalisée en gastroentérologie pour fièvre au long cours et douleurs abdominales diffuses, constipation et asthénie. Une mycose vaginale est constatée et le toucher rectal douloureux « témoigne d'une irritation péritonéale ». Gastroskopie, rectoscopie,

⁵³ LACAN Jacques, « La place de la psychanalyse dans la médecine », art.cit.

⁵⁴ Pour un panorama plus étendu, exposé sur un mode humoristique, on peut feuilleter le livre-blog de Jaddo. JADDO, *Juste après dresseuse d'ours. Les histoires brutes et non romancées d'une jeune généraliste*, Paris, Fleuve Noir, 2011.

⁵⁵ ISRAËL Lucien, « La demande du malade », art.cit.

Chapitre II

radiographie de l'intestin grêle et échographie abdominale sont normales et si la conclusion est lapidaire : « cystite ; mycose vaginale », les avis semblent partagés, puisque la lettre de sortie évoque diverses possibilités : « sexualité active trop précoce engendrant des conflits qui se traduiraient par des désordres fonctionnels », ou bien « adhérences péritonéales suite à l'appendicectomie ». On hésite entre demander un avis psychiatrique et faire une cœlioscopie... « Avant de conclure à des troubles fonctionnels », cette intervention est finalement retenue pour un futur proche. En attendant sont suggérés des traitements immunostimulants pour lutter contre les infections répétées de la sphère uro-génitale. Les notes des infirmières mentionnent que Natacha est souvent en pleurs, qu'elle refuse la gastroscopie (elle l'aura quand même), qu'on la trouve parfois tremblotante. Le mois suivant, changement de service (Natacha n'a pas voulu subir la cœlioscopie prévue) pour une hospitalisation brève en endocrinologie. Il est écrit que la patiente affirme que ses douleurs ne sont pas psychologiques. Est-ce la raison pour laquelle on recherche une porphyrie, une intoxication au plomb, et qu'on réalise un bilan hormonal complet ? Certaines analyses reviennent douteuses et bien que la conclusion soit « douleurs abdominales d'étiologie indéterminée », il est recommandé au médecin généraliste de faire réaliser de nouvelles analyses de contrôle en période douloureuse. L'hospitalisation est complétée par un séjour de trois jours dans le service de psychiatrie du secteur, pour un enregistrement électroencéphalographique au cours du sommeil qui s'avère normal (motif ?). Le spécialiste propose l'hypothèse de dépression réactionnelle (« ralentissement psychomoteur, tendance aboulique, vécu anhédonique »), et, « à l'issue des prochaines explorations somatiques qui lui paraissent nécessaires en raison d'une fébricule », un soutien psychothérapeutique, voire des antidépresseurs pourraient être proposés. Le courrier de psychiatrie mentionne aussi un antécédent de spasmophilie qui ne figurait pas dans les autres dossiers. Deux mois plus tard, Natacha retourne dans le service d'endocrinologie : pas de porphyrie, pas d'anomalie hormonale, par contre on trouve une carence en vitamine B12, ce qui motive de nouveaux examens pour en trouver la cause. On constate aussi qu'une urographie intraveineuse n'a jamais encore été pratiquée, et on indique la réalisation de cet examen. Il est mentionné qu'une consultation psychiatrique était aussi prévue (mais on ne dit pas pourquoi) mais qu'elle a été refusée. Les douleurs abdominales restent finalement sans réponse, après plus de trois ans d'évolution.

Mais les choses n'en restent pas là. Deux mois après son dernier séjour hospitalier, elle présente des douleurs maxillaires et subit l'extraction de deux dents de sagesse. Quelques jours après l'extraction, elle fait un malaise nocturne. Puis elle ne tarde pas à être à nouveau hospitalisée, pendant dix jours, dans le service d'endocrinologie, toujours en raison de douleurs de ventre, constipation, infections vulvo-vaginales fréquentes et « stomatites ». Là encore, la lecture des notes des infirmières est édifiante : en fait, Natacha a surtout des douleurs buccales, toutes les nuits. Un bilan complet à la recherche d'une explication à la carence en vitamine B12 est fait (négatif), ainsi que l'urographie intraveineuse (normale). En raison des douleurs buccales, une consultation dentaire à l'hôpital est demandée : le dentiste écrit que deux dents sont un peu sensibles à la percussion mais que l'origine dentaire des douleurs n'est pas évidente. Pourtant, le lendemain ces deux dents seront arrachées et il en résultera une exacerbation des douleurs. Une consultation psychiatrique est demandée, pour ces douleurs abdominales dont le bilan organique reste négatif. Le psychiatre note que l'essentiel des propos sont polarisés par les plaintes digestives et par des douleurs dentaires, malgré l'extraction des dents. Il ne note pas de troubles dépressifs mais un « état anxieux avec inhibition verbale et probable fixation somatique ». « En raison d'un risque de iatrogénéisation des plaintes liées au bilan déjà entrepris, il serait indiqué de l'orienter vers une prise en charge psychothérapeutique sous la forme d'une relaxation par training autogène de Schulz ».

La discussion qui figure dans le rapport hospitalier met « la composante psychique au premier plan », en une ligne et ces six mots. Suivent dix lignes pour commenter le taux

Chapitre II

bas de vitamine B12 et une autre découverte qui vient d'être faite : les taux d'anticorps du sérum sont assez bas, il faudrait envisager un bilan approfondi en cas de persistance... Le diagnostic principal du rapport d'hospitalisation est celui d'un « état anxieux avec probable fixation somatique ».

Puis Natacha erre de consultation en consultation : consultations spécialisées dans la douleur (plusieurs essais de traitements antalgiques et anti-inflammatoires, infiltration du nerf trijumeau, traitement par Prozac^o en raison « d'un état dépressif indiscutable ») ; nouvel avis psychiatrique sollicité, car « un syndrome conversif n'est pas à exclure » ; avis d'un ostéopathe qui affirme un blocage du nerf maxillo-facial, suite à une mobilité anormale d'un os de la voûte du crâne, et manipulations pour le remettre en place ; consultation au CHU en neurologie (où l'on exclut la névralgie mais on porte le diagnostic de subluxation temporomandibulaire et on suggère pour expliquer l'aggravation postopératoire qu'à l'occasion de l'anesthésie la luxation a été complète ; comme Natacha ne se nourrit plus que de semi-liquides à cause des douleurs, « il est très important de la confier à un chirurgien pour envisager le port d'une gouttière et éventuellement une opération pour corriger l'anomalie probablement congénitale ») ; consultation en chirurgie maxillo-faciale (le chirurgien écarte le diagnostic précédent, considère qu'il s'agit de symptômes entrant dans le contexte d'une sinistrose générale et la montre au psychiatre vacataire qui aimerait la revoir ; il pratique « néanmoins » une infiltration *loco dolenti* et prescrit un myorelaxant et une rééducation décontracturante des muscles masticateurs) ; consultation ORL (« névralgie ») ; nouvelle consultation en endocrinologie car rien ne va plus (en désespoir de cause, on prévoit un scanner et une consultation en médecine interne au CHU, motivée par le problème de la baisse des immunoglobulines...) ; tests psychométriques (« ne développe pas tout son potentiel intellectuel »).

Ouf ! A la mi-février de cette année-là, Natacha n'a été en classe que pendant une semaine depuis la rentrée de septembre. Elle se plaint de douleurs si vives qu'elles l'empêchent de manger, de dormir, et presque de parler. Elle a un frère aîné et une sœur qui a 7 ans (les premiers symptômes de spasmodophilie remontent à cette époque). Elle se plaint qu'aucun médecin ne trouve ce qui cause ses douleurs et évoque le cas d'une cousine qui avait aussi des douleurs sans arrêt, on ne trouvait pas, même le psychologue ne trouvait pas, et pour finir elle est allée chez le professeur U* (qu'elle avait aussi consulté) qui a bien vu que c'était un problème neurologique. C'est certainement ça, puisque tout le monde lui parle de *névralgie*. Elle me dit qu'elle a un nerf coincé qu'il faudra opérer. A son avis, la iatrogénie est évidente : lorsqu'on lui a enlevé les amygdales, le chirurgien n'aurait-il pas trifouillé quelque chose à la mâchoire (cette hypothèse avait été étayée par l'avis du neurologue qui avait soigné la cousine) ? Les douleurs de ventre n'ont-elles pas été aggravées par l'ablation de l'appendice ? « Il vaut mieux pas me toucher parce qu'après c'est pire ».

A la longue énumération des différents problèmes (la bouche, le ventre, la gorge) elle implore « il faut que ça cesse pour redevenir comme avant ». Un radiesthésiste a déclaré que tout provenait d'une source sous la maison qui émet des ondes négatives. Elle a été voir un psychologue, ce n'était jamais le même, elle a fait ses séances de relaxation sans résultat. En chirurgie maxillo-faciale, au CHU, elle a rencontré un psychiatre, « en vitesse ». L'école, la famille, le petit ami, compagnon fidèle, tout va bien !

Et pourquoi vient-elle à ma consultation ? Pour « se faire voir au niveau immunitaire, car quand j'ai quelque chose, ça ne part plus ».

Je lui propose de revenir, parce que j'avoue mon incompréhension. Elle a raconté tant de choses, je lui dis que je ne vois pas comment l'aider dans l'immédiat, mais qu'il me faut le temps de la réflexion. Le plus urgent me semble de mettre un terme à la course diagnostique, qui s'est emballée les derniers mois, alors que depuis quatre ans, nulle maladie organique n'a pu être mise en évidence. Ne doit-on pas considérer cette course folle comme étant le symptôme principal ? Elle ne sait pas si elle pourra revenir, car elle

Chapitre II

ne peut se déplacer seule de sa lointaine campagne. J'indique au médecin qui me l'a adressée qu'il est urgent de ne pas faire de nouvelles investigations, de se donner le temps pour comprendre et qu'il fallait redouter bien plus l'iatrogénéisation déjà avérée que de passer à côté d'une maladie rare peu probable.

Un mois plus tard, elle revient, avec sa mère, et un mot du généraliste (assiégé) qui trouve que son état empire et qu'une hospitalisation serait indiquée. Un nouvel ORL a parlé de « migraines nerveuses », et elle est traitée par injections d'anti-inflammatoires et antimigraineux, sans résultat. Elle vient de subir un scanner cérébral, alors que sa mère réclamait un scanner de la mâchoire. Selon elle, les médecins négligent le côté psychologique (sic), et à son avis c'est 50/50. La preuve que c'est aussi organique, ce sont les 48 heures d'embellie sous buprénorphine, sa fille faisait alors plein de projets; et puis que le généraliste détecte toujours de la fièvre, « ça c'est pas dans la tête ». Par contre elle ajoute que son mari et elle deviennent fous, que Natacha annonce qu'elle va se jeter par la fenêtre tellement les douleurs sont vives. Le lendemain de cette consultation, elle est attendue en gastroentérologie dans un autre hôpital pour la coelioscopie envisagée l'année passée, et qu'elle avait refusée à l'époque... La mère dit « on va tous y passer ». Je propose alors une hospitalisation pour « mise en observation » et tenter de calmer le jeu.

Présomption de jeunesse⁵⁶! Son séjour a été bref. Natacha se montrait tantôt hurlant de douleurs, surtout quand elle recevait des visites de sa mère ou de son ami, tantôt très souriante, entrant facilement en contact avec d'autres personnes hospitalisées. Ils ont fait des pieds et des mains pour obtenir un scanner des mâchoires, seule concession accordée pour ce qui est des investigations réalisées pendant son séjour : ils ne voyaient pas l'intérêt de rester, si on ne faisait pas d'exams. La mère a ensuite suggéré une artériographie et il est apparu qu'elle était l'instigatrice des nouvelles demandes, que Natacha reprenait ensuite à son compte. Natacha parlait très peu (« j'ai trop mal ») au cours des entretiens que j'ai essayé d'avoir avec elle. Des conflits avec sa mère ont été très allusivement évoqués, je songeais à une stratégie inconsciente de vengeance ou à une tentative de résister tant bien que mal à la folie maternelle. A l'occasion d'un conflit ouvert entre elles dans la chambre de Natacha, j'ai essayé de leur renvoyer que l'entente parfaite qu'elles déclaraient l'une et l'autre n'était pas si évidente. Cependant, elles se sont bien vite mises d'accord pour juger qu'une hospitalisation où il ne se passait rien n'était pas utile. J'ai communiqué à Natacha et à sa mère mon hypothèse sur l'origine psychogène des douleurs ai mis en garde la mère quant aux complications qui résulteraient de nouvelles investigations ou opérations. Natacha s'est rendue au moins une fois chez le psychiatre que je lui avais proposé de consulter. Je suis resté sans nouvelles mais dix-huit mois plus tard, j'appris qu'elle était à nouveau hospitalisée en gastro-entérologie... Je ne l'ai jamais revue.

Personne n'est à l'abri de l'erreur, ni même de la faute. Mais Natacha s'est heurtée, et probablement y était-elle, comme sa mère, pour quelque chose, à une conspiration de « Je sais bien (que l'hypothèse diagnostique que je formule n'est pas la bonne)... mais quand même (je fais comme si)»⁵⁷. Cette histoire est sinistre. Comment chacun des médecins impliqués pourrait-il dire, de sa place, ce qui a rendu possible un tel parcours, qui ressemble à la chronique d'un désastre annoncé ? Pour ma part, la situation était devenue une folie, et lorsque j'y repense, je crois que j'étais fasciné, moi aussi pris dans un « Je sais bien (que cette histoire s'est déroulée comme je la lis dans son dossier, comme je l'entends de sa bouche)...mais quand même (ça ne peut pas être vrai) ». Comment répondre à une demande impossible à satisfaire? Traquer le besoin de soins au point de

⁵⁶ C'est une situation qui date de mes débuts d'interniste.

⁵⁷ « Je sais bien, mais quand même » est une formulation qu'Octave Mannoni rapproche de la *Verleugnung*, du désaveu pervers. MANNONI Octave, *Clefs pour l'Imaginaire ou l'Autre Scène* (1969), Paris, Seuil, « Points », 1985, p. 9-33.

Chapitre II

l'halluciner est un piège redoutable. Douleur abdominale? Appendicectomie, malgré les indices contraires. Angine? Tonsillectomie. Douleur buccale? Ablation des dents de sagesse. Les réponses inadaptées ont des conséquences lourdes.

Faute de s'attarder sur l'ensemble de l'histoire clinique, seule à même d'éclairer la demande dans toutes ses dimensions, la réponse médicale ne peut que tomber à côté. S'acharner à (croire) satisfaire la demande conduit le malade à une escalade dans ses exigences, à une surenchère dans la maladie. Face à l'inconsolable, « qui refuse d'admettre la perte et oppose un non catégorique à toutes les formes de "substituts" qu'on lui offre »⁵⁸, le médecin n'entend plus la protestation éthique de l'inconsolé, mais une forme de violence qui suscite la haine.

C. BESOIN, DESIR, DEMANDE.

Nous l'avons indiqué au début de ce chapitre, « *Le registre du mode de réponse à la demande du malade* est celui au sein duquel le médecin peut sauver l'originalité de sa position ». Dans la même conférence, Lacan signale quelle fécondité la psychanalyse peut avoir pour la médecine :

« Si le médecin doit rester quelque chose, qui ne saurait être l'héritage de son antique fonction qui était une fonction sacrée, c'est pour moi, à poursuivre et à maintenir dans sa vie propre la découverte de Freud. »

Et encore, plus loin :

« Ce que j'indique en parlant de la position que peut occuper le psychanalyste, c'est qu'actuellement c'est la seule d'où le médecin puisse maintenir l'originalité de toujours de sa position ».

Il y a eu selon Lacan un glissement, une évolution de « la position du médecin au regard de ceux qui s'adressent à lui ». Et cette évolution vient souligner, mettre en lumière, « mettre rétroactivement en valeur, ce qu'il y a d'original dans cette demande au médecin »⁵⁹. Car on pourrait penser que « le développement scientifique » et le pouvoir qui en résulte, et conjointement « le nouveau droit de l'homme à la santé »⁶⁰, l'organisation mondiale de la santé, on pourrait penser que tout ceci « donne à tous la possibilité de venir demander au médecin son ticket de bienfait dans un but précis immédiat ». Auquel cas, la demande serait strictement équivalente au besoin, et la réponse une satisfaction du besoin : tout serait réglé par le pouvoir (de la science), le devoir (les droits de l'homme), la gestion (d'une institution locale jusqu'à l'OMS). On n'aurait pas ou plus besoin de s'embarrasser des articulations délicates de la demande avec le besoin et le désir. Aux temps bénis de la conjonction de planètes favorables (pouvoir de la science, industrie pharmaceutique, droits de l'homme, organisation mondiale de la santé) il ne devrait plus exister d'écart entre le besoin à satisfaire, la demande et le désir.

⁵⁸ FOESSEL Michaël, *Le temps de la consolation*, Paris, Seuil, « L'ordre philosophique », p. 21.

⁵⁹ LACAN Jacques, « La place de la psychanalyse dans la médecine », art.cit. Notons l'insistance du signifiant « original », trois fois prononcé dans la conférence, et qui qualifie la demande au médecin et la position de ce dernier.

⁶⁰ Au moment de la conférence, il a déjà publié « Kant avec Sade », texte dans lequel il affirme à propos des droits de l'homme ce que « tout le monde sait maintenant de leur vérité. Ils se ramènent à la liberté de désirer (...) la seule pour laquelle on meurt ». LACAN Jacques, « Kant avec Sade » (1963), *Ecrits*, Paris, Seuil, 1966, p.765-790.

C'est d'ailleurs pour lutter contre cet écart, tant il génère de complications dans la pratique, qu'on entend faire d'EBM (fondée principalement sur la réponse aux besoins dûment mesurés) le seul fondement valable pour la réponse médicale, nous le verrons dans la prochaine partie.

Ce n'est guère que du champ freudien que jaillit la ritournelle à entendre aussi côté médecine : il y a une faille entre la demande et le désir. « Lorsque quiconque, notre meilleur ami, qu'il soit du sexe mâle ou femelle nous demande quelque chose, ce n'est pas du tout identique et même parfois diamétralement opposé à ce qu'il désire »⁶¹. C'est que l'analyste est averti que le désir du patient est parfois l'exact contraire de ce qui est présenté comme but explicite de la demande d'analyse : par exemple, non pas le sauvetage du mariage, mais le courage de la rupture. Les assertions du patient ont une double face : c'est par un certain mensonge que s'instaure la dimension de la vérité⁶².

Nous avons vu que le médecin considère comme allant de soi, convenu d'avance, que le malade demande la guérison, qu'il vient parce qu'il est malade et qu'il attend du médecin de ne l'être plus. Le médecin est formé à situer toute demande au niveau du besoin de soins, de traitement, de guérison, même s'il ne tarde pas à constater que c'est bien plus compliqué.

Dans les *Conjectures sur le commencement de l'histoire humaine* Kant propose cette lecture du récit biblique de la Genèse :

« C'est une propriété de la raison, avec l'aide de l'imagination, de créer artificiellement des désirs, non seulement sans qu'une pulsion naturelle s'y rapporte, mais même à l'encontre de celle-ci ; d'abord désignés comme concupiscence, ces désirs font progressivement éclore tout un essaim d'inclinations superflues, voire même contraires à la nature, que recouvre l'appellation de luxure »⁶³.

La condition humaine est de se doter de besoins qui ne répondent pas à une nécessité vitale ou naturelle. Cette création de besoins/désirs artificiels est une propriété de la raison assistée par l'imagination : la raison compare, fait des analogies, des liens (tel objet était bon, etc.), se représente le désirable dans un objet nouveau, qui se donne dans une apparente liberté par rapport à l'instinct.

La découverte par l'homme du pouvoir de choisir son mode de vie procure de la satisfaction, mais aussi angoisse et inquiétude : « comment devait-il user de son pouvoir nouvellement découvert, lui qui ne connaissait encore rien des propriétés cachées et des effets lointains des choses ? »⁶⁴

L'efficacité de la médecine est peut-être responsable de l'illusion qui consiste à ne plus avoir à s'interroger sur la demande, du fait de l'offre proposée qui parfois la précède et la suscite. La demande légitime d'être soigné avec les moyens techniques modernes dont dispose la médecine témoigne aussi d'un manque à être et de la recherche inlassable de l'objet

⁶¹ LACAN Jacques, « La place de la psychanalyse dans la médecine », art.cit.

⁶² LACAN Jacques, *Les quatre concepts...*, op.cit., p.127.

⁶³ KANT Emmanuel, *Conjectures sur le commencement de l'histoire humaine* (1786), trad. Laurence Hansen-Love, Paris, Hatier « Poche », 2008 ; trad. Stéphane Piobetta, in *Opuscules sur l'histoire*, Paris, GF-Flammarion, 1990, p.145-64. Ici, p.11 édition Hatier.

⁶⁴ Ibid., p.12 édition Hatier.

susceptible de combler son manque. En ce sens, le malade recourant au médecin peut être décrit comme étant « dans la situation de l'enfant recourant à la mère »⁶⁵.

La perspective kantienne complète la lecture psychanalytique, qui pose le désir comme inscrit entre la demande et le besoin. La demande est double : demande de la satisfaction du besoin, et demande au-delà qui est demande d'amour. Elle porte sur l'objet de besoin (la santé, la guérison, l'apaisement de la douleur, dans le champ qui nous occupe) mais elle est, à l'instar de la première demande, demande d'autre chose.

L'être humain ne peut satisfaire ses besoins qu'en passant par la demande, mais entre le registre du besoin et celui de la demande, siège une différence fondamentale, liée à la mise en jeu du langage et de la parole⁶⁶. Partant de là, ce que d'aucuns pourraient souhaiter en médecine (avoir affaire à de purs organismes, sans parole, situés uniquement dans le registre du besoin, ce besoin de soin que le savoir sur le fonctionnement du corps permet de satisfaire), ne correspond pas à la réalité habituelle⁶⁷.

Mais adresser une demande pour satisfaire un besoin suppose un Autre qui réunisse deux traits : son aptitude à satisfaire ce besoin, et son bon vouloir à le faire. C'est pourquoi toute demande est demande d'amour : au-delà de la demande particulière d'un objet particulier, il y a aussi demande d'être reconnu comme sujet singulier proférant cette demande. Le désir d'être écouté et reconnu « est ce par quoi advient l'homme » et son écrasement « est un malheur sans fond »⁶⁸. Ce désir n'affiche son caractère essentiel et vital que lorsqu'il se heurte à la méconnaissance. « Reconnaissance du singulier : amour. Toute demande déploie ainsi deux axes (...) : l'appétit de satisfaction, et la demande, la soif d'amour »⁶⁹. C'est la principale raison pour laquelle nous serons conduits à étudier l'érotique médicale dans la troisième partie de la thèse.

Selon Lacan, la demande d'amour a un caractère inconditionnel, et tout ce qui peut être accordé est transmué en preuve d'amour. La preuve d'amour est rebelle à la satisfaction d'un besoin. La particularité de ce qui est demandé reparaît au-delà de la demande :

« Le désir n'est ni l'appétit de satisfaction, ni la demande d'amour, mais la différence qui résulte de la soustraction du premier à la seconde, le phénomène même de leur refente (*Spaltung*) »⁷⁰.

⁶⁵ CLAVREUL Jean, *L'ordre médical*, op.cit., p.151.

⁶⁶ « Le besoin chez l'être humain, ne peut être satisfait qu'en passant par la demande : mais passer à la demande implique que soient mis en branle des fragments de chaîne signifiante ce qui à soi seul est de nature à engager des conséquences décisives pour l'avenir du demandeur, du sujet de cette demande. Il n'est guère de sujet du besoin (...). Mais qu'une demande s'articule et le sujet au sens de Lacan est en voie d'accomplissement puisque, pour arriver à ses fins d'homéostasie, l'organisme humain se trouve mettre en œuvre ce langage qui fait peut-être sa grandeur, (...) mais aussi sa servitude, très singulière : celle où un sujet devra désormais se dépêtrer de l'instrument même par lequel il parvient à assurer sa survie ». LE GAUFÉY Guy, *L'incomplétude du symbolique*. Paris, Epel, 1991, p.191.

⁶⁷ Bien sûr, il est des situations médicales où on s'en approche : l'anesthésie générale (en chirurgie) ou la neuroleptanalgie (pour des endoscopies par exemple) font taire le corps parlant, annulent (momentanément) toute demande ; le malade conscient mais intubé de réanimation ne peut plus articuler de demande ; le radiologue devant ses écrans de contrôle n'explore que l'organisme. A titre d'anecdote, certains médecins dans ces disciplines confient qu'ils sont fort aise de ne plus être embarrassés des demandes incessantes des patients.

⁶⁸ BELLET Maurice, *L'écoute*, Paris, Desclée de Brouwer, 1989.

⁶⁹ LE GAUFÉY Guy, *L'incomplétude du symbolique*, op.cit., p.192-193.

⁷⁰ LACAN Jacques, « La signification du phallus », op.cit., p.691.

De demande en demande, le désir se structure comme désir d'un objet impossible en-deçà de l'objet du besoin⁷¹. Lacan l'a nommé objet *a* (objet petit *a*), à la fois cause et visée du désir, « par rapport auquel tout objet fait figure d'objet substitutif »⁷².

La place particulière du médecin est qu'il est tenu, de par la loi, de mettre en œuvre tous les moyens dont dispose la science pour satisfaire le besoin de soins que génère la défaillance du corps. Or cette satisfaction est problématique pour plusieurs raisons : la plus simple est de conjoncture, la science médicale a des pouvoirs limités, la recherche vise à les augmenter ; mais il y a des cas où la nature de la défaillance et/ou le besoin à satisfaire sont énigmatiques : quel est le besoin de soins du sujet *addict*, du délirant, pour prendre des exemples marquants⁷³ ?; enfin, il y a une autre raison, de structure selon ce que nous apprend la psychanalyse : le besoin de soins ne se manifeste pas de manière brute, il est articulé dans une demande, et c'est l'examen de la pratique quotidienne qui atteste de ce qui en résulte.

Les succès thérapeutiques font que le nombre de situations où une satisfaction du besoin est possible augmente. Est-ce pour cela que quand la demande est réitérée, le premier réflexe du médecin n'est pas de s'interroger sur la demande mais de référer le malade à un autre « distributeur de bienfait », quelqu'un qui en saura plus que lui sur le besoin précis qu'il s'agit de combler : spécialiste, spécialiste hospitalier, spécialiste d'un centre de compétence, spécialiste d'un centre de référence ? Au départ, le statut de celui à qui s'adresse le patient est celui de l'Autre, comme lieu où peut s'inscrire sa souffrance énigmatique. Pour Clavreul, la médecine vise à répondre à cette demande aux fins de la supprimer, et la demande cesse effectivement dès lors que le malade est « pris en charge », ce qui signifie littéralement que le médecin agit à la place du malade, prend sa responsabilité. Ensuite ce n'est plus la demande qui soutient l'acte médical, mais la logique propre de l'exercice de la médecine. Par contre, pour l'analyste, c'est la demande qui est le moteur de la cure⁷⁴. Nous ne nous accordons que partiellement à ce que dit Clavreul. En effet, l'acharnement à réduire la demande du malade à néant, *furor sanandi* dont Freud avait souligné le versant sadique⁷⁵, est une des voies d'entrée dans la maladie iatrogène (cf. plus haut le cas de Natacha). Par contre, dans le suivi au long cours de malades chroniques, la logique propre de l'exercice médical ne saurait se dérouler d'elle-même, sans le moteur de la demande du patient.

« Si la demande a un certain effet sur les besoins, elle a d'autre part ses caractéristiques propres »⁷⁶ : par elle-même, par le fait qu'elle soit une demande, et indépendamment de ce qui est demandé, elle pose l'Autre, celui auquel elle est adressée, comme « absent ou présent, et

⁷¹ LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre VIII, Le transfert*, Paris, Seuil, 1991, p.235. Nous n'utiliserons pas toujours le texte de cette édition, établi par Jacques-Alain Miller, mais plus volontiers les versions « JL », ou « ALI », disponibles en ligne, notamment sur le site de l'Ecole Lacanienne de Psychanalyse (<http://ecole-lacanianne.net/>). Dans ce cas, nous indiquerons la date de la séance du Séminaire, désormais désigné : LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit.

⁷² CLAVREUL Jean, *L'ordre médical*, op.cit., p.151.

⁷³ Car il y en a d'autres, qui suscitent ce qu'on appelle des conflits éthiques (la médecine prédictive, les procréations assistées, les décisions de réanimation...)

⁷⁴ CLAVREUL Jean, *L'ordre médical*, op.cit., p.192.

⁷⁵ Sur la question du sadisme voir LEPOUTRE Thomas, « Un sadisme nécessaire chez le soignant ? », in DAVOUS Dominique, LE GRAND-SEBILLE Catherine, SEIGNEUR Etienne (dir.), *L'éthique à l'épreuve des violences du soin*, op.cit., p.196-210.

⁷⁶ LACAN Jacques, *Les formations de l'inconscient*, op.cit., séance du 7 mai 1958.

comme donnant ou non cette présence »⁷⁷. C'est pourquoi, en son fond, elle est demande d'amour : ce n'est pas une demande de quelque chose, ce n'est pas une demande de satisfaction particulière, c'est la demande « de ce que le sujet apporte par sa pure et simple réponse à la demande »⁷⁸. Et encore : « Demander c'est demander quelque chose, et par là, quelque satisfaction ; mais c'est aussi ipso facto demander cette présence de l'otre et ainsi demander le don de sa présence »⁷⁹.

S'intriquent donc une demande conditionnée par le besoin, et l'inconditionné de la demande, demande d'un amour qui est d'abord une présence. La situation analytique met en pleine lumière ce qui reste le plus souvent dans l'ombre, sinon pour la pratique médicale, du moins dans sa théorie. En effet, l'analyste « se fait présent par son refus de satisfaire la demande et, de là, prend position comme donnant ou non sa présence »⁸⁰. Ce refus de satisfaire la demande portant sur un objet concret fait émerger le fond inconditionnel de la demande (la demande d'amour). Par contre en médecine il y a, *a priori*, la recherche des possibilités de satisfaire la demande conditionnée par des besoins, ce qui peut laisser inaperçue la prise de position par rapport au don de la présence en écho à la demande d'amour, sauf dans les cas où ne pas pouvoir/vouloir répondre à la demande se traduit par une incitation à « aller voir ailleurs » : la réponse effective peut être prise à bon droit pour un refus du don de la présence. Ainsi le malade incurable, dans la chambre duquel le médecin n'entre plus.

Si les besoins de soins sont identifiés, on croit pouvoir en rester sur ce plan, qui peut former néanmoins un plan incliné voire une pente glissante de la demande à l'exigence : si j'ai des besoins, j'ai aussi des droits à ce qu'ils trouvent satisfaction. Mais c'est la source de malentendus. Ainsi l'hypocondriaque ne se contentera pas d'un tel diagnostic, sur lequel le médecin s'appuie pour ne pas explorer toute plainte à la recherche d'une lésion improbable. Mais également le malade qui a trouvé une oreille attentive à sa souffrance et qui amène insensiblement son médecin à remplir un certificat pour se voir reconnaître la qualité de travailleur handicapé, alors que le médecin y voit une inscription dommageable pour une guérison certes incertaine. Refuser le certificat peut valoir comme fin de non-recevoir. On entrevoit les écueils d'une « position originale », à cheval sur les besoins et la demande.

Achoura se présente dans notre service avec une maladie inflammatoire sévère. Elle a voulu changer de ville, parce qu'elle s'était sentie mal accueillie dans le premier hôpital où elle avait été soignée. Elle redoutait et refusait le diagnostic vers lequel les médecins s'acheminaient. Elle refusait aussi le traitement préconisé (corticoïdes), qui la mettait dans un état psychique tellement désagréable qu'elle déclarait préférer endurer la maladie (malgré le risque vital) que de renouveler l'expérience. Elle déclarait sa confiance dans notre service où on s'était engagé à essayer de se passer de la cortisone. Il a fallu moult précautions pour lui faire admettre un traitement immunosuppresseur. Lorsque, dix jours après son retour à domicile, elle téléphone inquiète par l'aggravation de sa maladie et les mauvais résultats sanguins, le médecin du service qui l'avait eue au téléphone se demandait avec quelque inquiétude : n'est-elle pas en train de nous retirer sa confiance ? Sa demande insatisfaite d'être soulagée, et l'insatisfaction manifestée avec quelque

⁷⁷ Ibidem.

⁷⁸ Ibidem.

⁷⁹ ALLOUCH Jean, *L'amour Lacan*, op.cit., p.112. L'écriture « otre » est proposée quand on ne peut trancher entre autre et Autre, mais nous ne nous occupons pas de cette distinction dans notre travail.

⁸⁰ Ibidem.

véhémence nous convoquaient sur le terrain où il fallait se montrer fiable : ne pas refuser sa présence, y compris dans l'épreuve de l'échec. La mise en échec du don de ce qu'il a (le médicament), fait advenir en plein jour côté médecin, la dimension du don de la présence, laquelle vient révéler aussi côté malade la demande d'autre chose encore que celle de la satisfaction des besoins. Bien sûr, le besoin à satisfaire est souvent tellement prégnant, et il n'est pas question de le négliger. Mais sa prégnance ne s'indique pas de la même manière au malade et au médecin.

Si la demande de la (pure) présence est facilement obscurcie, ce n'est pas seulement à cause de la prééminence des besoins corporels, c'est parce qu'elle vise l'être de l'autre. Autrement dit, le médecin n'est pas tant visé dans son rôle que dans son être.

Ce double plan de la demande se répercute sur la place du désir, que Lacan qualifie de problématique et ambiguë. D'une part, « cette place est toujours *au-delà* de la demande, pour autant que la demande vise la satisfaction du besoin », d'autre part la place du désir est

« *en-deçà* de la demande, pour autant que celle-ci, du fait d'être articulée en termes symboliques, va au-delà de toutes les satisfactions auxquelles elle fait appel, qu'elle est demande d'amour, visant à l'être de l'Autre, à obtenir de l'Autre cette présentification essentielle – que l'Autre donne ce qui est au-delà de toute satisfaction possible, son être même, qui est justement ce qui est visé dans l'amour »⁸¹.

Le désir est donc *au-delà* de la demande/satisfaction du besoin, et il est *en-deçà* de la demande/demande d'amour qui vise la présence de l'autre, son être. Voilà en quoi aussi le médecin y est de son être, qu'il est inter-essé.

Au-delà de la demande qui vise la satisfaction d'un besoin, le désir porte sur un objet qui n'est pas celui du besoin, un objet qui permettrait de combler « le manque de certitude, le manque de garantie auxquels le sujet se trouve confronté par rapport à ce qui lui importe »⁸².

Au-delà du désir, la demande d'amour

« s'inscrit dans ce qu'on peut appeler l'inconditionnel de la demande; c'est ce qui sort du fait même de demander, quoi qu'on demande, simplement pour autant non pas qu'on demande quelque chose, ceci ou cela, mais dans le registre et l'ordre de la demande en tant que pure, qu'elle n'est que demande d'être entendue. Je dirai plus, d'être entendue pour quoi? eh bien d'être entendue pour quelque chose qui pourrait bien s'appeler "pour rien". Ce n'est pas dire que ça ne nous entraîne pas fort loin pour autant car, impliquée dans ce pour rien, il y a déjà la place du désir »⁸³.

Demande qui est demande d'être entendu(e), « pour rien ». Voilà à quoi renvoie finalement la réponse à la demande qui n'est pas satisfaction du besoin de soins, et à quoi se résume la réponse à la demande quand aucun besoin objectif ne peut être déterminé. Mais cette essence de la réponse est malheureusement souvent masquée derrière une prescription, des examens complémentaires, ou le constat d'illégitimité de la demande : « vous n'avez rien » remplace un « je n'ai rien à vous donner que ma présence » (qu'il vaut mieux taire d'ailleurs).

⁸¹ LACAN Jacques, *Les formations de l'inconscient*, op.cit., séance du 7 mai 1958

⁸² LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 14 juin 1961.

⁸³ LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 7 juin 1961

La problématique du transfert s'invite, s'installe, s'instaure, dans une configuration qui, au plan manifeste, s'organise à partir d'une demande et de la réponse qui lui est faite. Ce qui s'y joue pourtant est bien plus complexe. Cette complexité n'est pas réservée à ce qui se passe dans l'analyse, mais elle s'y trouve exacerbée, et nous n'en saisissons, en clinique médicale, que des touches discrètes.

D. DEMANDES DU MALADE, DEMANDES DU MEDECIN.

Au premier abord, il y a donc une demande explicite, et un sentiment de la comprendre lié au fait de croire pouvoir y répondre⁸⁴. C'est dans ce périmètre qu'est comprise le plus souvent la clinique médicale, et qu'elle pourrait être comprise si on acceptait d'en écarter tous les embarras, tous les écueils susceptibles de faire achopper le médecin : s'identifier au savoir qu'il possède; répondre dans le registre du besoin à une demande qui, si elle s'adresse explicitement au médecin, ne relève pas du besoin de soins; ne pas répondre médicalement au besoin de soins quand il existe mais n'est plus perçu comme tel. D'où la difficulté d'être, vis-à-vis d'un même individu, celui qui administre des soins ou est censé le faire et celui qui s'offre à l'écoute d'une parole singulière. Une autre difficulté est que s'efforcer de la satisfaire en multipliant les actes peut aussi bien l'éteindre que la faire se déplacer. Répondre à la demande, ce n'est pas obligatoirement la satisfaire. Avant d'y répondre d'ailleurs, ne faudrait-il pas s'interroger sur le choix du médecin ? La demande m'est-elle adressée (par exemple : « mon médecin traitant m'a dit que vous seul pourriez comprendre ce que j'ai »), ou bien est-elle adressée à un médecin (n'importe lequel, pourvu qu'il soit compétent) ?

Or, la difficulté, c'est qu'en l'interprétant, « nous répondons à la demande inconsciente sur le plan d'un discours qui pour nous est un discours conscient ». Autrement dit, et pour la clinique médicale en tant qu'elle est concernée (par exemple dans les syndromes somatiques fonctionnels), interpréter la demande du patient en fournissant des explications sur le rôle du stress ou de la dépression ou de l'anxiété, c'est présumer que le sujet pourrait s'en satisfaire : il n'en est rien. Lacan constate la même chose :

« Le sujet en quelque sorte devrait se contenter de ce que nous mettons au jour par notre réponse quelque chose dont il devrait se satisfaire. Nous savons que c'est là que se produit pourtant toujours quelque résistance »⁸⁵.

Ainsi cette étudiante anorexique qui dans une même consultation lâchait : « Je ne sais pas ce dont a besoin une jeune fille » – ce qui était une énonciation épurée de l'enjeu vital pour elle – et un peu plus tard : « Vous avez le signal, vous avez les idées, vous avez le savoir, il suffirait que vous me donniez le signal pour que je sache ce qui ne va pas » et puis encore : « Pourquoi ne voulez-vous pas me le donner? » Quand le médecin entreprend de soigner un symptôme névrotique, il s'expose à une forme d'imposture. Clavreul dirait qu'il cesse d'être médecin⁸⁶.

⁸⁴ « C'est dans la mesure où nous croyons pouvoir répondre à la demande que nous sommes dans le sentiment de comprendre ». LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 15 mars 1961.

⁸⁵ Ibidem.

⁸⁶ CLAVREUL Jean, *L'ordre médical*, op.cit., p.16.

Mais être averti de cette superposition, de cette confusion des savoirs supposés au médecin permet de ne pas en être totalement dupe. Ne pas s'identifier au savoir revient à endosser cette part d'imposture nécessaire au transfert sans qu'il y ait manipulation du malade. Laisser en plan son image, son personnage, auquel le malade s'adresse par le biais de son personnage de malade. Car le médecin sait que le malade a quelque chose à dire, quelque chose à lui dire, mais il ne sait pas quoi. Et le malade sait peut-être qu'il attend quelque chose du médecin, mais il ne sait pas qu'il a quelque chose à dire, qu'il ne sait pas encore. Encore faut-il que le médecin soit convaincu du déchiffrement possible du symptôme, de l'équivoque signifiante du langage, de la possibilité de faire passer dans la parole ce que le sujet a à dire. Et s'il n'a pas fait l'expérience de l'analyse, il peut quand même apprendre à se taire pour laisser au malade un espace de parole. Si le médecin ne s'y refuse pas, s'il tolère sa propre implication dans le discours, s'il est attentif à ce qui se passe en lui pendant que le malade parle, il va permettre au malade d'opérer aussi un déplacement, un pas de côté par rapport à son personnage de malade, à son image, à son moi. La vérité du sujet peut alors s'y reconnaître. Une nouvelle difficulté surgit alors, si le médecin a cru entendre quelque chose de la demande inconsciente. Que va-t-il en faire? Y répondre serait malvenu. Prétendre dessiller les yeux du patient sur le prétendu sens caché de sa venue serait maladroit. Par contre, restituer quelque chose au patient de ce qui a été entendu de cette demande, c'est lui offrir la possibilité d'un repérage subjectif, d'une « nouvelle donne ».

Pour en faire comprendre les ressorts, et avancer sur le terrain de la réponse, Lacan va décortiquer les rapports du sujet à la demande, car « la difficulté des rapports de la demande du sujet à la réponse qui lui est faite (...) se situe en un point tout à fait originel ».

Dès le début donc, le sujet doit en quelque sorte se dépatouiller non seulement entre besoin, désir, demande, mais aussi de la réponse qui lui est faite. Dans la diachronie des phases de la libido, les modulations de la demande et les modalités de la réponse sont diverses. Nous ne nous intéresserons ici brièvement qu'aux deux premières phases, demande orale et demande anale.

La « demande orale » est première, « c'est la demande d'être nourri » qui s'adresse à un Autre, encore impersonnel⁸⁷, mais un Autre qui entend. Ce qui est important à considérer, c'est qu'à cette demande en répond une autre, demande venant de cet Autre et adressée au premier demandeur, une demande « de se laisser nourrir ». Il y a donc d'emblée une confrontation de deux demandes, où s'insinue « un infime gap, cette béance, cette déchirure », qui préfigure l'échec de la rencontre, qui n'est pas « rencontre de tendances mais rencontre de demandes ».

Et c'est dans l'écart (pleinement visible dans les conflits qui surviennent dans la relation de nourrissage⁸⁸), dans la non-congruence des demandes que se glisse le désir. Un désir déborde la demande. Et pour que ce désir ne s'éteigne pas, le sujet même qui a faim refuse de disparaître des suites d'une complète satisfaction de sa demande⁸⁹.

⁸⁷ Lacan propose ce néologisme d'un Autron. Un Autre impersonnel comme peut l'être un « on ». LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 15 mars 1961.

⁸⁸ « La plus imagée est celle du refus de se laisser nourrir, de l'anorexie dite à plus ou moins juste titre mentale », LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 15 mars 1961.

⁸⁹ LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 28 juin 1961.

Chapitre II

« Quelque chose entre dans la dialectique de l'amour à partir des demandes primitives, à partir du *Trieb* du nourrissage qui s'est instauré dès l'abord parce que la mère parle. Il y a un appel à l'au-delà de ce qui peut satisfaire de cet objet qui s'appelle sein tout de suite pris comme valeur instrumentale, pour distinguer ce fond, cet arrière-plan que le sein n'est pas seulement ce qui se repousse, ce qui se refuse parce que déjà l'on veut autre chose »⁹⁰.

Le bébé a faim : c'est un besoin auquel répond le don de nourriture. C'est une demande, non seulement d'être nourri mais aussi demande de ce qu'à sa demande d'être nourri répond la demande de se laisser nourrir. C'est un désir, qui pour se maintenir ne peut consentir à ce que la demande qu'il suscite soit écrasée par la satisfaction.

Toute demande est donc marquée par une ambivalence foncière : « dans toute demande est impliqué aussi que le sujet ne veut pas qu'elle soit satisfaite, vise en soi la sauvegarde du désir, témoigne de la présence aveugle du désir, innommé et aveugle »⁹¹. Quand le cri de la faim s'articule en demande,

« à l'autre extrême le bout de sein prend dans l'érotisme humain sa valeur d'agalma, de merveille, d'objet précieux devenant le support de cette volupté, de ce plaisir d'un mordillement où se perpétue ce que nous pouvons bien appeler une voracité sublimée »⁹².

Attention,

« Ce n'est pas de la faim primitive que la valeur érotique de cet objet privilégié prend ici sa substance, l'éros qui l'habite vient *nachträglich*, par rétroaction, et c'est dans la demande orale que s'est creusée la place de ce désir. S'il n'y avait pas la demande avec l'au-delà d'amour qu'elle projette, il n'y aurait pas cette place en deçà, du désir, qui se constitue autour d'un objet privilégié. La phase orale de la libido sexuelle exige cette place creusée par la demande »⁹³.

Une demande est adressée: elle s'ébauche sur le besoin, mais s'en écarte et dans la marge entre demande et besoin, s'ébauche le désir. La demande est adressée à l'Autre, à la fois conditionnée (par le besoin) et inconditionnelle : vertige. Comment répond l'Autre? N'est-il pas posé, malgré lui, comme tout-puissant, c'est-à-dire pouvant répondre ou ne pas répondre, selon son bon vouloir⁹⁴ ? La toute-puissance est un attribut de l'Autre, en fonction de l'insondable de sa volonté (son « caprice »).

En position de satisfaire les besoins, la mère devient objet d'amour, chaque satisfaction valant pour preuve de cet amour. « Satisfaire l'enfant dans toutes ses demandes le transformerait en tyran », ne satisfaire aucun de ses besoins le vouerait à la mort. Quelques fois oui, quelques fois non : voilà le régime auquel l'Autre maternel soumet le sujet, le mettant en

⁹⁰ LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 28 juin 1961

⁹¹ LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 22 mars 1961.

⁹² Ibidem.

⁹³ Ibidem.

⁹⁴ « Le désir s'ébauche dans la marge où la demande se déchire du besoin : cette marge étant celle que la demande dont l'appel ne peut être inconditionnel qu'à l'endroit de l'Autre...ouvre sous la forme du défaut possible qu'y peut apporter le besoin, de n'avoir pas de satisfaction universelle, ce qu'on appelle angoisse. Marge qui, pour linéaire qu'elle soit, laisse apparaître son vertige, pour peu qu'elle ne soit pas recouverte par le piétinement d'éléphant du caprice de l'Autre. C'est ce caprice néanmoins qui introduit le fantôme de la toute-puissance non pas du sujet, mais de l'Autre où s'installe sa demande (il serait temps que ce cliché imbécile fût une fois pour toutes - et pour tous - remis à sa place) et avec ce fantôme la nécessité de son bridage par la Loi ». LACAN Jacques, « Subversion du sujet et dialectique du désir... », op.cit., p.814.

face de l'énigme d'une volonté qui paraîtra « capricieuse » au demandeur dans le besoin⁹⁵. Comme Le Gaufey le fait remarquer, pouvoir répondre ou ne pas répondre à la demande de l'enfant, c'est pouvoir tout : la toute-puissance (maternelle) n'est pas celle de posséder un pouvoir total de type divin⁹⁶.

De ces indications nous extrapolons ceci pour le médecin : se garder des suggestions qui tentent « d'imposer au sujet que son besoin étant satisfait il n'a plus qu'à en être content »⁹⁷. Mais aussi, une mise en garde : la demande qui lui est adressée l'installe en position de pouvoir, mais le soumet en quelque sorte aussi à la question de la limite (capricieuse?) de ses réponses. Ce qui se joue entre malade et médecin est aussi une nouvelle version de cette hésitation délicate : satisfaire les besoins sans écraser la demande, supporter l'insistance de la demande sans méconnaître les besoins.

Au dit stade de la libido anale, c'est surtout la demande venant de l'Autre qui intervient. La demande de retenir l'excrément fonde un désir d'expulser. Mais il y a aussi une expulsion « exigée aussi par le parent éducateur à une certaine heure. Là il est demandé au sujet de donner quelque chose qui satisfasse l'attente de l'éducateur, maternel en l'occasion ». Dans les deux cas, l'initiative est renversée au bénéfice de l'autre :

« Ici la demande est extérieure, et au niveau de l'autre, et se pose articulée comme telle. Ce que le sujet peut donner dans cette métaphore (du don) est exactement lié à ce qu'il peut retenir, à savoir son propre déchet, son excrément »⁹⁸.

Cette demande est complexe :

« C'est d'une discipline du besoin qu'il s'agit et la sexualisation ne se produit que dans le mouvement de retour au besoin qui, si je puis dire, ce besoin, le légitime comme don à la mère qui attend que l'enfant satisfasse à ses fonctions qui font sortir, apparaît quelque chose de digne de l'approbation générale. Aussi bien ce caractère de cadeau de l'excrément est-il bien connu de l'expérience et repéré depuis l'origine de l'expérience analytique. (...) l'enfant l'emploie, on peut dire naturellement, comme moyen d'expression »⁹⁹.

Pour la médecine, cette indication : le médecin répond à la demande de l'autre (le patient) en donnant (ou en refusant) quelque chose qu'il a ou qu'il est supposé détenir. Lacan relie à la dialectique anale le fantasme obsessionnel mais aussi l'oblativité. « Tout pour l'autre » dit l'obsessionnel et c'est bien ce qu'il fait. Car l'obsessionnel étant dans le perpétuel vertige de la destruction de l'Autre, il n'en fait jamais assez pour que l'autre se maintienne dans l'existence¹⁰⁰.

« Et c'est pour autant que quelque chose que le sujet a lui est demandé comme don, qu'on peut dire que l'oblativité est liée à la sphère de relations du stade anal ». Caricaturons : le médecin obsessionnel/oblatif dépend de la demande de l'Autre (les malades).

⁹⁵ LE GAUFEY Guy, *Une archéologie de la toute-puissance*, Paris, Epel, 2014, p.19-25.

⁹⁶ LE GAUFEY Guy, *Hiatus sexualis. Du non-rapport sexuel selon Lacan*, Paris, Epel, « Essais », 2013, p.147.

⁹⁷ LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 15 mars 1961

⁹⁸ LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 22 mars 1961.

⁹⁹ Ibidem.

¹⁰⁰ Cf. le serment de Genève.

Mais réciproquement, car chacun occupe les deux places, le médecin demande aussi à son patient de lui faire don de ses symptômes, de son observance¹⁰¹, etc. Sous le regard du médecin le patient va accomplir des exploits : ainsi dans la médecine de réadaptation, en addictologie, en nutrition, etc. La médecine est puissamment impliquée dans ces mécanismes complexes de l'échange des dons¹⁰². Nous poursuivrons cette discussion dans le chapitre sur l'érotique.

A vingt-sept ans, Didier est en passe de devenir un « malade iatrogène » (on entend par là : malade des suites de mauvaises rencontres médicales). Le remplaçant de son médecin généraliste lui a fait faire une centaine de kilomètres pour solliciter l'avis d'un interniste. Didier vient avec un dossier volumineux sous le bras. Le médecin qui l'envoie énumère brièvement les problèmes de santé de Didier, les principaux résultats d'investigations et termine ainsi son courrier : *Devant la pauvreté des examens pratiqués et le caractère essentiellement subjectif des troubles présentés par le patient, l'hypothèse d'une certaine « somatisation » et troubles psychosomatiques est bien sûr possible mais avant de la retenir j'aimerais tout de même avoir votre avis quant à faire pratiquer un bilan plus poussé.* Le médecin est donc tout prêt de changer sa façon de soigner Didier, mais ne le fait pas.

Nous tenons cette formulation comme tout à fait exemplaire (le cas de Natacha en montrait des conséquences funestes) de ce qui se passe très fréquemment dans la médecine actuelle, et rendant indispensable le maintien d'une bonne médecine clinique, en médecine générale et en médecine interne notamment. Deux ordres de faits au moins y concourent selon nous : ce qui échappe à la mise en coordonnées objectives dans le savoir scientifique du médecin est perçu comme déstabilisant, car le médecin se découvre impuissant, ignorant, et s'il veut bien le reconnaître, angoissé, car il fonde habituellement sa pratique sur ce qu'il a appris, et il n'a guère appris autre chose que les maladies organiques. Ce faisant, il confond ce qui échappe à tel ou tel médecin du fait de connaissances forcément limitées, avec ce qui ne peut manquer d'échapper à toute tentative de saisie par les seuls moyens de la biologie. Ce que pourrait apporter alors la connaissance de la psychopathologie peut être considéré comme une extension du savoir disponible au médecin dans l'abord du malade, mais quand le patient se présente avec des troubles corporels, il ne songe peut-être même pas à ce registre, sauf en bout de course, quand tous les examens sont négatifs. Mais la psychanalyse fait faire un pas décisif : si d'autres théorisations, cognitives par exemple, peuvent aussi fournir une compréhension de comportements « pathologiques », et donner ainsi des repères (avec dans certains domaines des validations solides) pour une approche différente, la psychanalyse appréhende le corps comme inséparable du langage, déplace le lieu du savoir (inconscient) du médecin au patient, et permet de prendre en considération le discours du patient comme porteur d'une vérité, ce qui fait retour au cas comme premier. Le savoir détenu par le thérapeute ne donne qu'une indication partielle, permettant de guider l'application d'une méthode : se mettre à l'écoute du dire du sujet.

Didier déclare d'entrée : « J'ai vu beaucoup de médecins. Vous êtes le dernier avant le psychiatre ». Sur le coup, cela redouble la demande écrite du médecin généraliste. Mais ces mots sont bien vite lâchés, et Didier entreprend le long récit de son épopée, qui débute huit ans en arrière. Vomissements d'eau, poussées d'aphtose, infections répétées,

¹⁰¹ Si observance a des connotations religieuses, le terme plus employé aujourd'hui de compliance est issue de la physique des matériaux... « Négligence, manque de constance » étaient déjà des obstacles au traitement médical aux temps d'Hippocrate. JOUANNA Jacques, *Hippocrate*, Paris, Les Belles Lettres, 2017, p.197.

¹⁰² Pour un aperçu de ce qui fleurit dans la figure archétypale de la névrose obsessionnelle, voir VANIER Alain, « Névrose obsessionnelle, névrose idéale », *Figures de la psychanalyse* 2005/2 ;12 : 85-92.

douleurs articulaires quasi paralysantes, périodes d'hypersomnie, et depuis intense fatigue, pertes de sensations de l'hémicorps gauche, gonflements des mains et des pieds, digestion lente, aliments causant des effets surprenants. L'anamnèse n'en finit plus. Son parcours se déroule sur plusieurs continents et avec d'innombrables médecins. Pour son malheur il a hérité d'un psoriasis familial et d'une petite anomalie d'un cartilage articulaire qui constituent des ancrages « lésionnels » objectifs sur lesquels ont été échafaudées les hypothèses diagnostiques les plus audacieuses, comme les plus imbéciles. Quand il faut dire quelque chose, quand il faut répondre par un diagnostic (où s'origine cet impératif, sinon dans la précipitation à répondre?), l'imagination médicale n'a pas de bornes. Les symptômes neurologiques ont bien sûr fait évoquer une sclérose en plaques, hypothèse « diabolique » car elle amène à une surenchère d'exams et surtout qu'elle est aussi malaisée à écarter qu'à établir. A plusieurs reprises divers spécialistes d'une même discipline se sont succédé avec des avis divergents, chacun récusant le diagnostic précédent, pour en proposer un autre... L'anomalie de cartilage aussi avait conduit à des exams de plus en plus sophistiqués et invasifs, et des avis thérapeutiques allant de la simple abstention à la greffe tissulaire. Face à Didier, qui m'avait assigné une place particulière (« vous êtes le dernier »), j'allais devoir débrouiller la situation avec attention, me faire la dupe de cette assignation. Il me fallait aussi faire autorité par rapport aux inquiétudes de son médecin traitant, lui aussi en attente d'une réponse. Aussi quand Didier en eut fini des étapes de ses pérégrinations médicales, je le questionne : « eh bien, qu'en pensez-vous vous-même, de tous ces problèmes? Vous aviez commencé¹⁰³ en faisant allusion à un psychiatre, mais je ne saisis pas quel lien vous faites avec le reste? ».

Sur cette simple relance, voilà qu'il se met à parler d'autres choses, bien plus personnelles. Au début, c'est à dire huit ans auparavant, il se sentait dépressif « sans raisons » (peut-être faut-il transcrire « sans raison »?). Il ne voulait plus ni bouger, ni rien faire. J'imagine alors qu'il y a dû y avoir autour de lui et avec sa complicité plus ou moins active et plus ou moins consciente, une médicalisation de cet état, des recherches du côté de la maladie organique. Ce « sans raisons » résonnait comme une formule à l'emporte-pièce, aussi j'insistais : « n'avez-vous pas aujourd'hui une idée de la raison de cette dépression d'il y a huit ans ? ». Il déclare alors qu'il ne pouvait pas parler de l'orientation homosexuelle qu'il se découvrait. Après quelques années, il l'avait acceptée, mais toujours pas sa mère. Nous en sommes restés là pour cette première consultation. Comme je n'avais pas encore eu le temps de l'examiner ni de parcourir le gros dossier qu'il avait apporté, je lui ai proposé de revenir. Dans son dossier figuraient un grand nombre d'anomalies biologiques et radiologiques minimales qui nécessitaient toutefois une interprétation globale au regard des troubles présentés et un avis circonstancié sur les diagnostics (graves) déjà évoqués. Certaines anomalies biologiques auraient pu être l'occasion de soulever de nouvelles pistes, mais ne rendant pas compte des symptômes physiques, et qui différaient, une fois de plus, ce que Didier énonçait comme un vœu et/ou comme une conjuration : « J'ai vu beaucoup de médecins. Vous êtes le dernier avant le psychiatre ».

Prendre cette phrase comme une demande (s'il vous plaît, soyez le dernier pour que je puisse enfin parler de ce qui occasionne moult cogitations depuis tant d'années) et non comme un défi (personne n'a trouvé avant vous si bien qu'on me prend pour un fou, serez-vous celui qui résout l'énigme ?). Cela suppose de considérer tout ce qu'il amène comme ayant une importance *a priori* égale (voilà la place de la *gleichschwebende Aufmerksamkeit* freudienne en clinique somatique). Cela suppose aussi de juger de la pertinence des anomalies objectives au regard des plaintes. Bref, cela transporte le médecin loin des contrées rassurantes d'un savoir garanti. Répondre à la demande de Didier, après l'avoir examiné, était bien une interprétation : « vous pouvez y aller ». Ce cas peut soulever des objections : on pourrait me reprocher de négliger une piste

¹⁰³ C'est ce que permet le « truc » évoqué plus haut : consigner la première formulation de la demande dans sa littéralité signifiante.

Chapitre II

diagnostique organique au profit d'une psychologisation de ses déboires corporels, ou encore d'avaliser l'idée qu'être homosexuel pourrait relever de la psychiatrie. Mais il m'a semblé qu'il attendait de pouvoir enfin s'adresser à l'interlocuteur qu'il avait pressenti mais dont la médecine le détournait, à cause de symptômes physiques qui nécessitaient bien d'être pris en compte pour ce qu'ils indiquaient, et ce n'était pas la voie lésionnelle en première instance.

Innombrables sont les situations où le médecin retient, par la réponse qu'il réserve à la demande, le questionnement du patient, et le confine à des interrogations sur l'intégrité de la machinerie corporelle. Or, elle apparaît exceptionnellement indemne de tout défaut, dès lors qu'elle se trouve soumise à un nombre conséquent d'exams. Mais le plus souvent, le médecin retient le questionnement du malade parce qu'il entend se préserver lui-même.

Pour pouvoir se situer, déterminer le mode de réponse à la demande qui lui est adressée, le médecin devrait la laisser se déployer, se dire. Les plaintes physiques fournissent des indices, des pistes, mais il y a aussi des fausses pistes, ou des pistes secondaires : on navigue alors en eaux troubles et dans le brouillard. La demande se déploie dans la parole, mais quand le discours est saturé par l'énumération des plaintes physiques, c'est cette saturation même qui devient l'indice majeur, le symptôme dont il faut tenir compte au premier chef, symptôme dont Lacan indique un statut : « Le symptôme, c'est d'abord le mutisme dans le sujet supposé parlant »¹⁰⁴.

Ce qu'on néglige en médecine somatique et que la psychanalyse vient opportunément nous rappeler, c'est que le symptôme apporte certaines satisfactions. Les déboires somatiques de Didier le tiennent à l'écart des tourments psychiques : la douleur physique est parfois un moindre mal, le problème organique canalise l'angoisse, peut satisfaire le quota d'insatisfaction qui maintient en équilibre, etc. Que la demande du malade puisse être bien autre chose que ce qui est explicitement formulé (qu'on le débarrasse de ses troubles corporels) est très troublant pour le médecin, formé à croire que toute personne normalement constituée (psychiquement saine) ne peut que désirer sa propre santé.

L'originalité de la position médicale est en fait l'inconfort d'une double position. En effet, le développement de la science fait que

« Le médecin se trouve dans une double position : d'une part il a affaire à un investissement énergétique dont il ne soupçonne pas le pouvoir si on ne le lui explique pas [c'est-à-dire le transfert, une demande de savoir étroitement liée au désir sexuel], d'autre part il doit mettre cet investissement entre parenthèses en raison même des pouvoirs dont il dispose, de ceux qu'il doit distribuer, du plan scientifique où il est situé »¹⁰⁵.

Que reste-t-il alors du maintien de sa fonction proprement médicale, telle que Lacan l'a dégagée, et qui est ce qui n'est pas complètement envahi par la science, la pharmacie, la gestion publique de la santé ? C'est, dit Lacan, une

¹⁰⁴ LACAN Jacques, *Les quatre concepts...*, op.cit., p.16.

¹⁰⁵ LACAN Jacques, « La place de la psychanalyse dans la médecine », art.cit.

Chapitre II

« lecture par laquelle le médecin est capable de conduire le sujet à ce qu'il en est d'une certaine parenthèse, celle qui commence à la naissance, qui finit à la mort et qui comporte les questions que comportent l'une et l'autre »¹⁰⁶.

Autrement dit, voici l'essentiel pour Lacan de la fonction médicale dans son mode de réponse à la demande du malade : amener le sujet aux questions vitales de son existence. La médecine est le lieu où ces questions sont traitées, dès lors que le corps est en jeu. Seront-elles évacuées au bénéfice de la seule distribution (organisée) de tickets de bienfaits (produits par l'industrie) et exigibles (les droits de l'homme)? Si oui, la médecine aura disparu.

« Que pourra opposer le médecin aux impératifs qui feraient de lui l'employé de cette entreprise universelle de la productivité¹⁰⁷? Il n'a d'autre terrain que **ce rapport par lequel il est le médecin**, à savoir la demande du malade. **C'est à l'intérieur de ce rapport ferme où se produisent tant de choses** qu'est la révélation de cette dimension dans sa valeur originelle, qui n'a rien d'idéaliste mais qui est exactement ce que j'ai dit : le rapport à la jouissance du corps. »¹⁰⁸

Demande/désir/besoin du malade et jouissance/plaisir/désir du corps, sont deux axes qui touchent à l'éthique médicale, mais aussi qui concerne *Erôs*, que ce soit côté malade (son corps, sa demande, sa jouissance, son désir), ou côté médecin (sa doctrine, ses représentations/croyances, et la manière dont se règlent pour lui ces questions de la demande et du corps, et dans la manière dont l'amour de l'autre, de son métier, l'orientent vers telle ou telle action). Nous aurons l'occasion d'y revenir ultérieurement.

¹⁰⁶ LACAN Jacques, « La place de la psychanalyse dans la médecine », art.cit.

¹⁰⁷ On peut être surpris de ces affirmations, scandaleuses mais prémonitoires pour l'époque (1966).

¹⁰⁸ LACAN Jacques, « La place de la psychanalyse dans la médecine », art.cit.

CHAPITRE III. CORPS ET PAROLE. LA DEMARCHE DIAGNOSTIQUE, UNE ENTREPRISE RHETORIQUE ?

« Il y a des gens qui croient raisonnable ce qui est fait avec un visage sérieux »

Lichtenberg¹

« C'est parce que le domaine de l'action est celui du contingent, qui ne peut être régi par des vérités scientifiques, que le rôle des raisonnements dialectiques et des discours rhétoriques est inévitable pour introduire quelque rationalité dans l'exercice de la volonté individuelle et collective ».

Perelman²

« Voulez-vous droguer puissamment un patient ? Amenez-le à parler avec passion et emphase, demandez-lui de discourir de lui, de lui seul, de son seul désir, exigez qu'il démontre ou qu'il obtienne conviction de son entourage. Le voilà intoxiqué de mots sonores ».

Serres³

¹ LICHTENBERG Georg Christoph, *Le miroir de l'âme*, trad. Charles Le Blanc, Paris, José Corti, 1997, p.267.

² PERELMAN Chaïm, *L'empire rhétorique. Rhétorique et argumentation*, Paris, Vrin, 2012, p. 191.

³ SERRES Michel, *Les cinq sens*, op.cit., p.68.

Nous avons analysé les marques corporelles, les doubles vies du corps, les arcanes de la demande et donné à voir la pratique médicale comme un bricolage hésitant, entre corps et parole. Une large place a été faite à la psychanalyse pour éclairer ces allées tortueuses et habituellement cachées de la clinique. Focalisés sur certains fragments, nous en avons écarté d'autres, et avons omis jusqu'à présent la texture de ce qui les rassemble dans une action dynamique orientée vers la thérapeutique. C'est ce qui va être proposé dans le présent chapitre, dont le titre pourrait faire craindre un manque de sérieux. Comparer la démarche diagnostique à une entreprise rhétorique, est-ce faire grand cas de la médecine et du raisonnement qui y prend place ? Il nous semble que oui, et que c'est une manière de rendre compte au plus près de la pratique concrète, laquelle rassemble certes des éléments épistémologiquement assez solides, mais dont le « liant » n'est pas de la même étoffe. L'hypothèse d'une entreprise rhétorique nous amènera d'ailleurs à soulever des questions inédites.

En matière de rhétorique, Aristote sera notre guide. Il peut paraître surprenant de prendre appui sur sa *Rhétorique* alors qu'Aristote y laisse entendre que la médecine n'a pas besoin de faire appel à cette « technique sans spécialité ¹ », puisqu'elle dispose en propre « d'une force persuasive personnelle et relative à son objet », santé et maladie². *Tekhnē* modèle s'il en est une, la médecine n'entrerait pas dans les champs d'application de la rhétorique. Néanmoins, le médecin hippocratique ne pouvait pas se passer de rhétorique : pour s'imposer face à ses concurrents, la compétence technique devait être complétée d'un art de la persuasion³. Devant le tribunal d'enfants imaginé dans le *Gorgias*, le médecin compétent ne fait pas le poids face au cuisinier qui promet l'agréable⁴. Mais pour susciter la confiance du malade, le médecin fait aussi parfois usage de persuasion⁵, et dans le *Charmide*, Socrate déclare tenir d'un médecin thrace le caractère indispensable du « beau discours »⁶ pour « accroître au maximum l'efficacité curative du remède »⁷. La persuasion rhétorique est alors dévolue au volet de la thérapie⁸.

¹ Alors même qu'elles ont beaucoup en commun : la *kairos* comme moment opportun, la méthode conjecturale pour tirer profit de l'expérience du passé au service du particulier à traiter au présent, le raisonnement à partir de signes et d'exemples ; ce sont toutes deux des pratiques humaines et faillibles car reposant sur des jugements pratiques, pragmatiques et interventionnistes. (ROTH Adam David, « Reciprocal influences between rhetoric and medicine in ancient Greece », Dissertation, University of Iowa, 2008. <http://ir.uiowa.edu/etd/3>; Voir aussi PENDER Stephen, « Between Medicine and Rhetoric », *Early Science and Medicine* 2005 ; 10 (1): 36-64).

² ARISTOTE, *Rhétorique*, trad. Jean Lauxerois, Paris, Pocket, 2007, 1355b27.

³ JOUANNA Jacques, « Rhétorique et Médecine dans la collection Hippocratique. Contribution à l'histoire de la rhétorique au Ve siècle », *Revue des Études Grecques* 1984 ; 97 (460-461) :26-44.

⁴ PLATON, *Gorgias*, trad. Alfred Croiset, Paris, Les Belles Lettres, 2002, 521c. Nous reviendrons sur ce passage ultérieurement.

⁵ PLATON, *Lois*, trad. Luc Brisson et Jean-François Pradeau, in *Oeuvres complètes*, Luc BRISSON(dir), Paris, Flammarion, 2008, 720d. Nous reviendrons aussi sur ce passage ultérieurement.

⁶ PLATON, « Charmide », trad. Emile Chambry, *Premiers dialogues*, Paris, GF Flammarion, 1967, 157b. Nous avons aussi utilisé la traduction de Louis-André DORION, *Charmide, Lysis*, Paris, GF Flammarion, 2004, et *Oeuvres complètes*, Luc BRISSON(dir), Paris, Flammarion, 2008.

⁷ LAIN ENTRALGO Pedro, *Le médecin et le malade*, op.cit., p.36.

⁸ Jouanna suggère qu'au temps d'Hippocrate, « il fallait au médecin un grand sens de la persuasion, ou alors être accompagné d'un spécialiste de cet art ». Ainsi le sophiste Gorgias accompagnait son frère médecin. JOUANNA Jacques, *Hippocrate*, Paris, Les Belles Lettres, 2017, p.192.

La réflexion contemporaine relie éventuellement médecine et rhétorique quand la clinique est envisagée comme une pratique largement narrative⁹, mais le rapprochement le plus pertinent concerne probablement tout le domaine de l'information donnée au malade¹⁰. La rhétorique implique un auditoire :

« Le discours rhétorique s'adresse à l'homme (...) en tant qu'il peut être persuadé, c'est-à-dire à l'homme *total*, capable de délibération et d'action, de jugement et de passions »¹¹.

Prélude indispensable à toute adhésion consentie, pour des examens lourds et/ou des traitements comportant des risques, la parole persuasive du médecin étend d'ailleurs son champ d'action à l'éducation du patient atteint de maladie chronique, à la consultation de la personne de confiance, de la famille ou des proches pour tout ce qui concerne les décisions de fin de vie, mais aussi, dans les hôpitaux universitaires, à l'inclusion de malades dans des essais cliniques. Pour le médecin, il peut paraître particulièrement malvenu de défendre le recours à l'influence du discours persuasif, sur lequel pèse le soupçon de justifier les moyens par une fin discutable. De fait, les catégories mobilisées sont habituellement celles de l'éthique des principes: respect de l'autonomie, bienveillance, neutralité. Ce qui reste dans l'ombre est l'entreprise de persuasion que ces catégories dissimulent. L'information donnée au patient vise aussi à le convaincre, car il ne pourra être soigné correctement sans avoir accepté et compris la réalité du diagnostic et la nécessité d'un traitement, etc.¹² On ne peut écarter du dialogue avec le malade le souci de son efficacité, même si c'est à cet endroit précisément qu'on entre dans une zone grise : un médecin qui se refuserait à toute suggestion par exemple, renoncerait-il à convaincre un malade s'engageant sur une voie néfaste sur la base de croyances déraisonnables ?

La rhétorique naît semble-t-il à partir des procès de propriété, où apparaît une nécessité *d'éloquence*, et se constitue rapidement en objet d'enseignement dont les sophistes deviennent les spécialistes, pour former des citoyens à même de prendre part aux débats judiciaires et politiques¹³. La philosophie prend ses distances, notamment avec Platon¹⁴ qui oppose la raison

⁹ La perspective de la « logagogie clinique » (thérapie cognitive décrite comme une guidance par la parole d'inspiration ayurvédique – étymologiquement *logos agoge*) par contre, semble éviter soigneusement tout renvoi à la rhétorique... Voir BÜHLER Karl-Ernst, « Foundations of clinical logagogy », *Medicine, Health Care and Philosophy* 2003;6:303-313.

¹⁰ Voir plus loin, établissement du rapport bénéfices/risques et décision médicale (chapitre V).

¹¹ AUBENQUE Pierre, *Problèmes aristotéliens...* ; op.cit., p.53.

¹² L'attention se porterait alors davantage sur les techniques argumentatives que nous ne le faisons ici. C'est le champ académique de la rhétorique contemporaine. Cf. HOOGAERT Corinne, « Perelman et Toulmin, Pour une rhétorique néo-dialectique », *Hermès*, 1995 ; 15 : 155-169. Pour un exemple médical : L'observation de consultations de cancérologie, où l'on propose des traitements adaptés à la situation précise du malade, montre que les médecins, en situation d'incertitude (relative) usent d'une rhétorique appuyée sur des arguments statistiques pour mettre en confiance, informer, et persuader le malade de suivre un traitement aux effets aléatoires. Ménoret parle d'une « rhétorique singulière qui introduit l'expectative [attente construite sur des promesses et des probabilités] dans son message d'information *via* une certaine raison statistique ». C'est une façon de « dire l'incertain » (MÉNORET Marie, « Informer mais convaincre : incertitude médicale et rhétorique statistique en cancérologie », *Sciences sociales et santé*, 2007, 25: 33-54).

¹³ DUTEIL-MOUGEL Carine, « Introduction à la rhétorique », *Texto* [en ligne], 2005. <http://www.revue-texto.net/1996-2007/Reperes/Reperes.html>.

¹⁴ PLATON, *Gorgias*, 456b : la connexion entre rhétorique et médecine ne concerne que la capacité du rhéteur d'entrer en rapport avec le malade et de lui donner confiance dans le médecin. Il oppose rhétorique et médecine. Mais une bonne rhétorique est possible, elle apparaît d'ailleurs dans le *Phèdre*, 269-270 : Socrate insiste alors sur le fait que le rhéteur doit, comme un médecin, cultiver ses talents naturels (*physis*), la connaissance (*epistēmē*) et la pratique (*melete*). Dans le *Phèdre*, le médecin hippocratique est le modèle de l'orateur idéal. « Dans l'un et l'autre de ces arts,

et la liberté à l'envoûtement séducteur d'une parole livrée à elle-même¹⁵. Seule la raison, à distance des émotions et des passions, peut garantir la véracité des propos, et éviter de mettre la démocratie en péril : si l'orateur habile fait passer le fallacieux pour le plus véridique, alors tous les dangers sont possibles. Ce caractère sulfureux de la rhétorique n'est pas rédhibitoire pour Aristote, qui compose sa *Rhétorique* (330 av JC) alors qu'elle a déjà perdu de son prestige¹⁶. Il ne la définit pas comme ayant pour tâche de persuader mais comme une faculté ou capacité (*dynamis*) de « bien voir (discerner) ce qui, dans chaque cas, peut être propre à persuader (les éléments crédibles) »¹⁷ ou comme le traduit Barthes, « l'art d'extraire de tout sujet le degré de persuasion qu'il comporte »¹⁸. Et c'est sous cet angle que je souhaite explorer l'hypothèse du *diagnostic comme moment rhétorique*, ce qui à notre connaissance n'a encore jamais fait l'objet d'une étude spécifique.

La comparaison de la démarche diagnostique avec la rhétorique est pourtant facile à suggérer : il s'agit bien, dans ce moment particulier de la clinique, de découvrir dans le cas présent, particulier et contingent, d'extraire à partir du donné complexe et hétérogène fourni par la situation concrète, ce qui doit être recueilli comme pertinent pour le diagnostic, que l'on entend ici au sens large : ce n'est pas forcément la réduction d'une réalité continue à des catégories arbitraires, mais ce qui permet la décision thérapeutique¹⁹. Que ce soit dans la formation des médecins ou dans leur exercice quotidien, l'attention est focalisée sur les éléments de preuve (*pistis*), signes et symptômes, données biologiques ou résultats d'imagerie, ingrédients essentiels du raisonnement puisqu'ils servent de matériau aux prémisses²⁰.

Ce détour incomplet²¹ par la *Rhétorique* permettra d'ouvrir le questionnement sur les régimes de preuve mis en jeu dans l'enquête diagnostique, la répartition entre les preuves techniques et les preuves a-techniques, le nouage entre ethos, pathos et logos, et de prendre conscience des places respectives d'orateur et d'auditeur²². Il permettra de comprendre à quel point le savoir en action du médecin est tributaire d'influences indépendantes de la somme de ses connaissances et de ses performances cognitives « intrinsèques ». Ce qui est en jeu en

il faut analyser la nature, celle du corps dans l'un, celle de l'âme dans l'autre, si, au lieu de la routine et de l'usage, tu veux user de l'art pour procurer au corps par des remèdes et par des aliments, la force et la santé, et faire naître dans l'âme, par des discours et des activités légitimes, la persuasion qu'on veut y transférer, ainsi que la vertu ».

¹⁵ IJSSELING Samuel, « Rhétorique et philosophie. Platon et les Sophistes, ou la tradition métaphysique et la tradition rhétorique », *Revue Philosophique de Louvain* 1976 ; 74 (22) : 193-210.

¹⁶ Il rejette aussi bien la position des sophistes, qui voyaient dans la rhétorique un simple art de convaincre en mobilisant l'émotion, que celle de Platon qui la condamnait pour cette même raison.

¹⁷ ARISTOTE, *Rhétorique (Rhét.)*, 1355b.

¹⁸ BARTHES Roland, « L'ancienne rhétorique », *Communications*, 1970 ; 16 :172-223.

¹⁹ Cf. les divergences de points de vue sur ce qu'est le diagnostic, évoquées par STEICHEN Olivier, GRATEAU Gilles, BEAUFILS Marc, « Pour ou contre le diagnostic? », *Revue de médecine interne* 2009; 30:196-198.

²⁰ Chez Aristote (*Rhét.*), ce sont des témoignages et documents, des aveux obtenus sous la torture, etc.

²¹ Barthes détaille les opérations de la *tekhnē rhetorikē*, mais nous ne prendrons pas le même plan. « La *tekhnē (rhetorikē)* engendre quatre types d'opérations: 1) *Pisteis*, l'établissement des « preuves » (inventio), 2) *Taxis*, la mise en place de ces preuves le long du discours, selon un certain ordre (diposito), 3) *Lexis*, la mise en forme verbale (au niveau de la phrase) des arguments (elocutio), 4) *Hypocrisis*, la mise en scène du discours total par un orateur qui doit se faire comédien (actio) ». BARTHES Roland, « L'ancienne rhétorique », art.cit.

²² D'autres aspects de la pratique pourraient aussi faire l'objet d'une analyse avec les mêmes outils : la persuasion d'un malade qui refuse les soins ou qui se méfie, la délibération en vue d'une décision partagée, les interactions langagières dans l'éducation thérapeutique. Les types de dialogue en médecine sont variés, tout comme le sont les régimes de preuve et le type d'argument invoqué. UPSHUR Ross EG, COLAK Errol, « Argumentation and evidence », *Theoretical Medicine* 2003 ;24 :283-299.

médecine est toujours un savoir en situation (et la situation n'est pas « purement » médicale), c'est-à-dire des connaissances qu'il faut parvenir à mobiliser au bon moment et à juste titre. De plus, on saisit sur le vif comment la *tekhnē* médicale au sens large du terme que nous lui donnerons (Cf. Chapitre VIII), importe pour son usage une autre *tekhnē*, la rhétorique, qui comme la médecine articule dans son champ propre une technicité, un enseignement, des catégories savantes (les effets du langage), une morale, et une pratique sociale²³.

Quelles oppositions paradigmatiques se trouvent ici questionnées ? Nous verrons que les savoirs mobilisés pour l'action (i.e. la production d'un diagnostic) sont subjectifs et objectifs, que la place de la parole est à la fois communication et récit, information et persuasion, que les vertus requises sont à la fois intellectuelles et morales. Mais nous verrons également ce que signifie le nouage du corps, de la demande, du savoir, et leur imprégnation par le langage, saisi ici sous l'angle de l'« usage de la parole liée à l'action »²⁴, élaboration d'un jugement au travers de pratiques langagières. « Les mots provoquent des émotions et constituent pour les hommes le moyen général de s'influencer réciproquement »²⁵. Enfin, cela anticipe ce que nous développerons dans la troisième partie en abordant la pratique sous les aspects enchevêtrés de l'éthique, de l'érotique, et de l'esthétique.

A. DU DIAGNOSTIC EN MEDECINE ET DES MOYENS D'Y PARVENIR

Commençons par une situation clinique illustrative.

A la consultation se présente Hermann, un homme d'une cinquantaine d'années, accompagné de son épouse, adressé pour diagnostic. Quelles sont les symptômes dont il se plaint ? Des accès de somnolence soudaine, des douleurs abdominales vagues dans leur localisation et leur mode de survenue ; des douleurs cervicales, plus anciennes mais qui « se réveillent ». Sur la base d'une analyse sanguine, le médecin traitant a prescrit un antibiotique pour une maladie de Lyme. Il est resté inefficace, de même qu'un deuxième traitement antibiotique, administré sous forme de piqûres intramusculaires. Un troisième

²³ BARTHES Roland, « L'ancienne rhétorique », art.cit.

²⁴ DANBLON Emmanuelle, « Il y a critique et critique : épistémologie des modèles d'argumentation », *Argumentation et Analyse du Discours* [En ligne], 9 | 2012.

²⁵ FREUD Sigmund, *Introduction à la psychanalyse*, op.cit., p.31 :

« Le traitement psychanalytique ne comporte qu'un échange de paroles entre l'analysé et le médecin. Le patient parle, raconte les événements de sa vie passée et ses impressions présentes, se plaint, confesse ses désirs et ses émotions. Le médecin s'applique à diriger la marche des idées du patient, éveille ses souvenirs, oriente son attention dans certaines directions, lui donne des explications et observe les réactions de compréhension ou d'incompréhension qu'il provoque ainsi chez le malade. L'entourage inculte de nos patients, qui ne s'en laisse imposer que par ce qui est visible et palpable, de préférence par des actes tels qu'on en voit se dérouler sur l'écran du cinématographe, ne manque jamais de manifester son doute quant à l'efficacité que peuvent avoir de « simples discours », en tant que moyen de traitement. Cette critique est peu judicieuse et illogique. Ne sont-ce pas les mêmes gens qui savent d'une façon certaine que les malades « s'imaginent » seulement éprouver tels ou tels symptômes ? Les mots faisaient primitivement partie de la magie, et de nos jours encore le mot garde beaucoup de sa puissance de jadis. Avec des mots un homme peut rendre son semblable heureux ou le pousser au désespoir, et c'est à l'aide de mots que le maître transmet son savoir à ses élèves, qu'un orateur entraîne ses auditeurs et détermine leurs jugements et décisions. Les mots provoquent des émotions et constituent pour les hommes le moyen général de s'influencer réciproquement ».

Barbara Cassin souligne la proximité de son propos avec l'éloge d'Hélène par Gorgias (CASSIN Barbara, *Jacques le Sophiste ; Lacan, logos et psychanalyse*, Paris, Epel, 2012, p.84).

traitement antibiotique, prescrit pour trois mois, vient d'être débuté, après qu'une seconde analyse sanguine a montré une ascension du taux des anticorps dirigés contre l'agent de la maladie de Lyme²⁶. J'ai en face de moi un homme posé, qui s'exprime lentement. C'est un artisan peintre qui travaille seul depuis deux ans, son associé de frère ayant dû interrompre son activité en raison d'une affection neurologique, mais c'est aussi un apiculteur qui élève trente ruches, et le gérant de chambres d'hôte pour le compte de son père devenu trop âgé. Hermann dit aussi avoir été récemment bouleversé par le décès rapide de sa mère et une opération grave subie par son père. L'examen physique est normal. En fin de consultation, il sort d'une pochette un petit grain blanc qu'il a récolté sur ses selles. A ses dires, ce serait un indice possible de la maladie que je suis chargé de découvrir. Pour moi, c'est surtout l'indice d'une attention vigilante et minutieuse aux turbulences de son corps, et d'une disposition plutôt inquiète.

Répondre à la requête du malade et à celle de son médecin traitant suppose, dans le temps de cette première consultation, de porter un diagnostic, ou du moins une hypothèse plausible. Mais pour que la plausibilité de l'hypothèse soit admissible pour le patient et son médecin traitant, il convient aussi : *i/* de « faire le blâme »²⁷ de la prescription d'antibiotique, qui repose sur un raisonnement fautif. Dans le cas d'espèce le raisonnement a été le suivant : s'il a une maladie de Lyme, il aura une sérologie positive – cet homme a une sérologie positive – donc il a une maladie de Lyme. La faute logique est d'affirmer le conséquent dans la mineure. Cette forme inférentielle d'allure abductive « remonte d'un effet visible à une cause présumée » en faisant un « pari à propos d'une partie du monde que l'on ne connaît pas »²⁸ (a-t-il ou non une maladie de Lyme ?) et en supposant vraies deux règles générales : « toute maladie de Lyme a une sérologie positive » (ce qui n'est pas tout à fait exact²⁹) et « toute sérologie de Lyme positive renvoie à une pathologie qu'il faut traiter » (ce qui est faux³⁰) ; *ii/* il me faut aussi convaincre le malade que son jugement doit être révisé ; *iii/* inspirer ou redonner confiance quant à son état général ; *iv/* montrer ma confiance dans mon jugement rassurant, en espérant émuler un affect similaire chez lui...³¹ ; *v/* être sensible à sa rhétorique, puisque son mode de raisonnement, son discours, ses émotions, et celles qu'ils émulent en moi, influencent mon propre jugement sur la gravité de son état³².

²⁶ Il s'agit d'une bactérie, *Borrelia Burgdorferi*, susceptible d'être transmise à l'homme par la piqûre d'une tique infestée.

²⁷ Allusion à cette forme de rhétorique qu'Aristote nomme le discours d'apparat, qui concerne l'éloge ou la critique (*Rhét.* 1358b).

²⁸ DANBLON Emmanuelle, *La fonction persuasive. Anthropologie du discours rhétorique : origines et actualité*, Paris, Armand Colin, 2005.

²⁹ Notamment les formes aiguës doivent être traitées sur le seul constat clinique d'une lésion cutanée caractéristique, et sans attendre l'apparition des anticorps, tardive et inconstante, dans le faux et fol espoir que la certitude diagnostique en médecine repose sur la biologie.

³⁰ La situation exposée ici est assez commune en Alsace, région « riche en tiques ». La présence d'anticorps dans le sang ne peut être interprétée comme preuve suffisante de maladie active.

³¹ « La disposition éthique de l'orateur a une force de persuasion, lorsque le discours est prononcé de telle manière que l'orateur inspire confiance » (*Rhét.* 1356a). De même, « il est très important pour la persuasion [...] que l'orateur se montre sous tel ou tel jour, que les auditeurs supposent que l'orateur est dans telle ou telle disposition à leur égard, et qu'au bout du compte eux-mêmes se trouvent aussi dans une certaine disposition » (*Rhét.* 1377b).

³² « La persuasion advient du fait des auditeurs, lorsque le discours les affecte de telle ou telle manière: de fait, nous ne rendons pas le même jugement dans la tristesse ou dans la joie, dans l'amicalité ou dans l'animosité » (*Rhét.* 1356a).

Le diagnostic est le noyau dur de la pensée médicale³³. C'est une tâche ardue et complexe, y compris pour un médecin expérimenté³⁴, à cause d'un réseau d'incertitudes dont les causes sont multiples : information incomplète, imprécise, contradictoire ; fautes de raisonnement ; erreurs de jugements. En particulier, les malades peuvent ne pas être capables de décrire exactement l'histoire naturelle de leur maladie, ce qui s'est passé et ce qu'ils ressentent ; les médecins peuvent ne pas comprendre ou ne pas interpréter correctement ce qu'ils entendent et observent³⁵. Le diagnostic peut être difficile parce que la maladie est rare, parce que plusieurs affections sont concomitantes, parce que les formes cliniques de la maladie ont une présentation atypique, parce que le tableau clinique est compliqué des effets indésirables des thérapies entreprises, parce que le malade est lui-même difficile, parce qu'il y a des intrications psychosomatiques, parce que le médecin est ignorant, malhabile ou mauvais raisonneur. Le diagnostic est souvent considéré par les médecins eux-mêmes comme la tâche cognitive la plus ardue dans leur exercice, et un préalable à la décision thérapeutique³⁶. De son efficacité dépendent le traitement et le devenir du malade. L'ensemble du processus reste toutefois peu articulé et les modèles théoriques sont limités³⁷.

Les études académiques se focalisent essentiellement sur la nature des processus cognitifs sous-jacents et la part des émotions du praticien est généralement sous-estimée³⁸. La méthode hypothético-déductive et l'analyse bayésienne ont la part belle, mais toutes les formes d'inférence – déduction, induction, abduction et leurs variantes – sont employées³⁹. Toutefois l'image d'un raisonnement abstrait se déroulant par étapes successives ne correspond pas à une réalité mal taillée pour les conditions des modèles mathématiques⁴⁰. Il est reconnu que le raisonnement clinique embrasse aussi des processus non-analytiques, plus intuitifs, qui interfèrent avec la rationalité logique et exposent davantage aux erreurs de jugement⁴¹. En fait le diagnostic s'apparente à un processus mental hétéroclite « au sein duquel des déductions, des arguments inductifs, des évaluations personnelles, des choix subjectifs, des moments de décision, alternent et sont liés ensemble de manière complexe »⁴². Les raisonnements de type analytique s'appliquent mal en raison de la variabilité et de l'inconstance des signes. Le médecin fait feu de tout bois pourrait-on dire, d'autant qu'il est appliqué à une tâche qui reçoit des sciences un cadre théorique, mais de l'objectif thérapeutique sa portée opératoire. Et quand

³³ TÖPFER Frank, WIESING Urban, « The medical theory of Richard Koch I : theory of science and ethics », *Medicine Health Care and Philosophy* 2005;8: 207-219.

³⁴ La médecine interne a l'ambition affichée d'être la discipline reine du diagnostic (cela transparait dans la caricature télévisée du Dr House qui l'a fait connaître d'une façon peu glorieuse au grand public).

³⁵ ACIERNO Antonio, D'ESPOSITO Massimo, DE PIETRO Giuseppe, « An extensible six-step methodology to automatically generate fuzzy DSSs for diagnostic applications », *BMC Bioinformatics*, 2013; 14 (suppl. 1): S4.

³⁶ WEISS Marjorie Cecilia, « Diagnostic decision making: the last refuge for general practitioners? », *Social science and Medicine* 2011; 73: 375-382.

³⁷ LOFTUS Stephen, « Rethinking clinical reasoning: time for a dialogical turn », *Medical Education*, 2012; 46:1174-1178.

³⁸ CROSKERRY Pat, ABBASS Allan, WU Albert W, « Emotional influences in patient safety », *Journal of Patient Safety* 2010; 6:199-205.

³⁹ MASQUELET Alain, *Le raisonnement médical*, Paris, Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2006. Barbara Osimani, « Modus tollens probabilized: deductive and inductive methods in medical diagnosis », *Medic* 17, 2009, p. 43-59. WEISS Marjorie Cecilia, « Diagnostic decision making... », art.cit.

⁴⁰ FEDERSPIL Giovanni, VETTOR Roberto, « Clinical and laboratory logic », *Clinica Chimica Acta*, 1999; 280 : 25-34.

⁴¹ CROSKERRY Pat, « Clinical cognition and diagnostic error: applications of a dual process model of reasoning », *Advances in Health Sciences Education* 2009; 14: 27-35.

⁴² FEDERSPIL Giovanni, VETTOR Roberto, « Clinical and laboratory logic », art.cit.

il prend la peine d'avoir une réflexion critique sur son propre raisonnement et ses propres décisions, là encore il emprunte des voies multiples : recherche délibérée d'hypothèses alternatives (induction délibérée) ; exploration des conséquences de ces explications alternatives (déduction délibérée) ; volonté de tester ces prédictions avec de nouvelles données récoltées dans le cas et synthèse ; méta-raisonnement : volonté et capacité de faire retour sur son mode de raisonnement et examen critique de ses conclusions, etc.⁴³. Se débrouiller en zone grise d'incertitude et de complexité suppose aussi le recours à d'autres outils : questions diaboliques, métaphores, intuition, savoirs tacites...⁴⁴ Tout ce qui peut compter dans une situation particulière apparaît irrationnel en tant que stratégie globale⁴⁵ et se trouve dévalorisé dans la formation⁴⁶.

Il m'a semblé que le cadre proposé par Aristote dans la *Rhétorique* permettait d'aborder ce domaine de la pratique de manière pertinente⁴⁷, de prendre au sérieux l'écart entre une conception idéalisée du raisonnement médical et la pratique quotidienne, qui nécessite probablement ce que Danblon appelle une « vision plus "grecque" de la raison »⁴⁸. L'enjeu de cette dimension volontiers négligée n'est pas purement académique, si on considère la fréquence des erreurs de diagnostic et la gravité de leurs conséquences⁴⁹. Les causes identifiées dans la littérature tiennent aux observations incomplètes, vagues ou contradictoires⁵⁰, aux fautes logiques de raisonnement⁵¹, aux raccourcis heuristiques qui biaisent le jugement⁵², aux contraintes émotionnelles⁵³. Aucun biais ne semble prépondérant⁵⁴ : ici aussi les médecins font feu de tout bois. Ce n'est pas étonnant, et ceux qui déplorent la prévalence de ces causes semblent méconnaître qu'elles rassemblent les écueils potentiels de la rationalité pratique qui forme aussi la base de l'efficacité et de l'acuité du diagnostic. Et pour qui insisterait trop sur

⁴³ MAMEDE Silvia, SCHMIDT Henk G, PENAFORTE Julio Cesar, « Effects of reflective practice on the accuracy of medical diagnoses », *Medical Education* 2008; 42: 468-475.

⁴⁴ WILSON Tim, HOLT Tim, « Complexity and clinical care », *British Medical Journal* 2001;323: 685-688.

⁴⁵ CROSKERRY Pat, « A universal model of diagnostic reasoning », *Academic Medicine* 2009;84: 1022-1028.

⁴⁶ Il est toutefois maintenant reconnu par les spécialistes de pédagogie médicale, que les éléments qui influencent le raisonnement clinique ne sont pas confinés à des questions de connaissances, insuffisantes ou mal organisées, mais aussi à des problèmes d'attitudes, de stratégies de communication, de dynamique relationnelle. (AUDETAT MC, LAURIN S, SANCHE G, « Aborder le raisonnement clinique d'un point de vue pédagogique. 1. Un cadre conceptuel pour identifier les problèmes de raisonnement clinique », *Pédagogie Médicale* 2011 ; 12 (4), 223-229). On n'aurait aucune peine à transposer ces nouvelles dénominations dans les catégories de la *Rhétorique*.

⁴⁷ GILLIES John, MARTIN Sheehan, « Practical reasoning and decision making – Hippocrate's problem, Aristotle's answer », *British Journal of General Practice* 2002; 52: 518-519.

⁴⁸ DANBLON Emmanuelle, « Il y a critique et critique... », art.cit. La conception moderne de la raison suppose une capacité intellectuelle de manipuler des éléments objectifs ou objectivés, en référence à un corpus de connaissances solidement établies. Emmanuelle Danblon propose une mise en perspective de cette conception avec ce qu'elle appelle « une vision plus "grecque" de la raison » que je résume en paraphrasant un peu : le jugement est subordonné à la perspective d'une action qui résulte d'une délibération. L'aptitude à délibérer est le fruit d'un apprentissage pratique. Elle est le fait non pas d'un intellect « pur » mais d'un individu socialement déterminé et sujet à des sensations et des émotions.

⁴⁹ CROSKERRY Pat, « Clinical cognition and diagnostic error... », art.cit.

⁵⁰ ACIERNO Antonio et al, « An extensible six-step methodology to automatically generate fuzzy DSSs for diagnostic applications », art.cit.

⁵¹ FEDERSPIL Giovanni, VETTOR Roberto, « Rational error in internal medicine », *Internal and Emergency Medicine* 2008;3: 25-31.

⁵² TVERSKY Amos, KAHNEMAN Daniel, « Judgment under uncertainty: heuristics and biases », *Science* 1974; 185: 1124-1131.

⁵³ FEDERSPIL Giovanni, VETTOR Roberto, « Rational error in internal medicine », art.cit.

⁵⁴ HAMM Robert M, « Theory about heuristic strategies based on verbal protocol analysis: the emperor needs a shave », *Medical Decision Making*, 2004; 24: 681-686.

l'image d'une cogitation étape par étape, on rappellerait les mots de Ryle, qui estime qu'elle tend à se durcir en « l'image d'une séquence compulsive de pas militaires n'admettant individuellement aucune spontanéité, aucune sélection, aucune initiative ou imagination ». Or

« Certains exercices de nos esprits (...) doivent être immédiats et sans intermédiaires, des confrontations directes avec des situations uniques et non des défilés au pas et en cadence dans une cour de caserne »⁵⁵.

B. LA RHETORIQUE DU DIAGNOSTIC

Regardons d'abord les prémisses du raisonnement diagnostique. L'insistance mise sur la résolution de problème par les modèles hypothético-déductif et bayésien a laissé peu de place pour penser leur nature propre⁵⁶. Deux directions complémentaires s'offrent à l'examen :

L'une prend en compte la matérialité des indices. Or ce sont bien souvent, et pour l'essentiel, des fragments de *discours*⁵⁷, et le processus diagnostique a une forme *argumentative*⁵⁸. La plupart des éléments qui l'alimentent se fondent sur l'histoire du cas⁵⁹, manière la plus adéquate de capturer la complexité, la spécificité singulière, les interconnexions entre psychique, somatique et social, et l'immédiateté de la personne réelle qui consulte. L'anamnèse apporte une contribution majeure au diagnostic, plus importante que l'examen physique et que les examens complémentaires : c'est le matériau le plus précieux pour la construction d'une hypothèse⁶⁰. Cette importance légitime à elle seule la tentative d'analyser ce moment comme une production rhétorique. L'ethnométhodologie a d'ailleurs montré comment les données d'anamnèse sont *construites* dans et par l'interaction dialoguée entre médecin et malade qui transforme le problème du malade en problème qui peut trouver une solution médicale⁶¹. Il y a donc, même pour les fragments de discours, une opération de transformation en force persuasive⁶².

⁵⁵ RYLE Gilbert, « Improvisation », *Mind* 1976 ; 85 (357) : 69-83 ; « L'improvisation », trad. Valérie Aucouturier, *Tracés. Revue de sciences humaines* [en ligne], 2010 ; 18.

⁵⁶ Nous mettons ici de côté ce qui a trait aux théories de la décision, qui s'appuient sur une approche logique et rationnelle, à savoir l'utilisation des probabilités pour calculer la meilleure option dans une certaine situation marquée par de l'incertitude. Leur force est la capacité d'explicitier ce qui serait le mieux pour des populations de patients. Dans la réalité de la rencontre clinique, c'est rarement opérant car on a affaire au patient individuel, ici et maintenant. Ces modèles ne peuvent considérer les influences personnelles, la subjectivité de l'un et de l'autre protagonistes qui intervient dans l'interprétation de la situation (LOFTUS Stephen, « Rethinking clinical reasoning... », art.cit.).

⁵⁷ COX Ken, « Stories as case knowledge: case knowledge as stories », *Medical Education* 2001; 35: 862-866.

⁵⁸ LOFTUS Stephen, « Rethinking clinical reasoning... », art.cit.

⁵⁹ COX Ken, « Stories as case knowledge... », art.cit.

⁶⁰ BLEAKLEY Alan, MARSHALL Robert, « Can the science of communication inform the art of the medical humanities ? », *Medical Education* 2013;47:126-133. BRANDER Patrick, GARIN Nicolas, « Utilité de l'anamnèse et de l'examen clinique dans le diagnostic de la pneumonie », *Revue Médicale Suisse* 2011; 7 : 2026-9.

⁶¹ BERG Marc, « The construction of medical disposals. Medical sociology and medical problem solving in clinical practice », *Sociology of Health & Illness* 1992; 14 (2): 151-180.

⁶² BARTHES Roland, « L'ancienne rhétorique », art.cit. Déterminer la valeur des signes d'observation par des données d'anamnèse était déjà une pratique mentionnée dans le traité du *Pronostic* de la *Collection Hippocratique* : JOUANNA Jacques, *Hippocrate*, op.cit., p.193.

L'autre direction renvoie à la sémiologie des traces et de leur interprétation. Nous l'avons abordé au chapitre précédent. Le chasseur comme le médecin, le spécialiste de l'art ou le détective déchiffrent l'effet (les traces, les signes, les indices) pour remonter à la cause (le passage d'un animal, l'auteur d'un tableau, la maladie, le criminel) : ils emploient tous une « sémiotique médicale »⁶³. Les symptômes peuvent être insignifiants pour le profane, données marginales, déchets ou détails triviaux, mais l'observation des traces ne peut être totalement suppléée par l'application de règles générales ou statistiques.

Voici un exemple concret de l'attention aux détails marginaux : la disparition de ses malaises en position accroupie, détail farfelu pour le malade et qu'il a hésité à mentionner par peur de paraître ridicule, indiquait pour le médecin la possibilité d'une hypotension orthostatique ; mis en corrélation avec un tremblement à peine visible, ce symptôme permettait de forger l'hypothèse d'une forme particulière rare de dégénérescence neurologique, et d'aller d'emblée à l'examen clé permettant de la confirmer, alors que les directions habituelles de l'exploration des malaises avaient mené à des impasses.

Les signes cliniques qu'on dit physiques, pour les opposer aux signes fonctionnels ou symptômes, sont tantôt des *tekmerion*⁶⁴, des indices sûrs, tantôt des preuves a-techniques (*atechnoi*)⁶⁵, tantôt seulement des indices vraisemblables⁶⁶. De toute manière il faut savoir les *arranger* et les *faire valoir* dans une *disposition méthodique*⁶⁷. Notons aussi qu'ils peuvent manquer, et surtout que la médecine contemporaine les délaisse au profit des signes biologiques et d'imagerie. Mais ces documents-là doivent aussi subir une analyse critique, sauf à commettre nombre d'erreurs d'interprétation et d'inférence. Barthes dit que l'établissement des éléments de preuve, première opération de la technique rhétorique, est une notion plus « extractive » que « créative »⁶⁸. Mais la plupart des signes suppose déjà une transformation du matériau brut. Transformation du bruit de la maladie en message signifiant, recours à la constellation des signes et au contexte pour réduire la polysémie du signe considéré isolément, il y a là toutes sortes d'opérations, au cours desquelles les signes se voient attribuer une valence variable, depuis celui qu'on néglige jusqu'à celui qui permet une déduction solide, en passant par tous les degrés du vraisemblable.

Ginzburg décrit bien le paradigme indiciel à l'œuvre dans la sémiotique médicale, mais n'insiste pas sur les mécanismes d'interprétation qui mènent au diagnostic. Ces mécanismes sont particulièrement délicats quand il s'agit de faire la part de l'organique et du fonctionnel. Je laisse de côté ici un point délicat dans le recueil des traces, tendu entre le perceptuel et le conceptuel qui leste les sens d'une théorie interprétative⁶⁹. Nous y reviendrons au chapitre X. De même je ne fais que mentionner en passant l'intérêt pour le médecin de la démarche de l'historien focalisé sur l'établissement de la qualité du *document*, son authenticité ou sa

⁶³ GINZBURG Carlo, « Signes, traces, pistes... », art.cit.

⁶⁴ Aristote, *Rhét.* 1357b.

⁶⁵ ARISTOTE, *Rhét.* 1355b : « je veux dire tous ceux qui ne nous sont pas fournis par nous-mêmes, mais qui nous ont été préalablement donnés : ainsi les témoignages, les aveux sous la torture, les documents, et le reste ».

⁶⁶ DANBLON Emmanuelle, « Sur le paradoxe de la preuve en rhétorique », *Communications* 2009 ; 1 : 9-20. DANBLON Emmanuelle, « La rhétorique : art de la preuve ou art de la persuasion ? », *Revue de métaphysique et de morale* 2010 ; 2 : 213-231.

⁶⁷ BARTHES Roland, « L'ancienne rhétorique », art.cit.

⁶⁸ Ibidem.

⁶⁹ BLEAKLEY Alan, FARROW Richard, GOULD David, MARSHALL Robert, « Making sense of clinical reasoning: judgement and the evidence of the senses », *Medical Education* 2003;37:544-552.

falsification⁷⁰, et de celle de la psychanalyse qui permet de s'aviser que les « faits » événementiels relatés sont transformés dans l'après-coup et par la narration elle-même, que le récit met dans un certain ordre et un certain ordonnancement un mélange de réalité, de fantasmes, de mémoire, de désir, et que cela informe la situation telle que le médecin en prend connaissance. Le langage subjective celui qui parle (comme inauguration d'un sujet dans l'ordre social et symbolique) et le langage conditionne le répertoire dans lequel est exprimée l'expérience vécue que le malade cherche à transmettre⁷¹. Nous avons amplement décrit les difficultés qui naissent de la valence et de l'équivocité de ces marques, notamment celles qui sont données dans le langage.

Quoiqu'il en soit, le signe médical est déchiffré au sein d'une multitude de marques corporelles et de fragments de discours (Cf. chapitre I). On peut aller jusqu'à considérer le patient comme un texte, et l'acuité clinique comme une lecture attentive de ce texte, lacunes comprises⁷². Selon Pigeaud, Hippocrate en aurait déjà eu l'intuition quand il proposait que le malade fournit la matière brute encore informe du savoir, et le médecin la doctrine qui met en forme cette matière⁷³.

Incontestablement ces symptômes, indices, marques corporelles et fragments de discours, sont autant d'éléments de preuve (*pistis*), « gages de vérité »⁷⁴ qui servent de matériau alimentant le raisonnement vraisemblable. Parallèlement, la démarche diagnostique fait aussi l'examen des lieux (*topoi*) en complément du déchiffrement des traces et de l'interprétation du récit du malade : ce qui concerne le corps dans son ensemble, les grandes fonctions physiologiques, les effets des médications prises, le cours évolutif des symptômes. Comme le dit Barthes, « les arguments se cachent, ils sont tapis dans des régions, des profondeurs, des assises d'où il faut les appeler, les réveiller : la Topique est accoucheuse de latent »⁷⁵.

Il s'agit donc de mener de front une exploration toutes sensibilités dehors, une enquête appréciative de laquelle dépendra la qualité de l'enquête rationnelle. L'expérience des cas passés joue aussi, bien évidemment. Ce sont dans les cas les plus difficiles que « l'expérience l'emporte sur l'inexpérience », car le jugement repose moins sur la technique que sur l'imagination⁷⁶. Dès lors qu'une hypothèse est formulée, un clinicien familiarisé par l'expérience des cas précédents, peut plus rapidement et plus facilement récolter des indices qui indiquent que le nouveau cas est une nouvelle instance de la même maladie, même s'il diffère du prototype par certains détails et que tous les indices ne sont pas présents⁷⁷. Le conflit avec le paradigme scientifique qui a discrédité cette pratique indiciaire est donc mal posé : ce n'est qu'une fois les traces transformées en signes que les règles de la logique et l'application de la méthode scientifique classique ou probabiliste peuvent entrer en action.

⁷⁰ GINZBURG Carlo, « The judge and the historian », *Critical Inquiry* 1991; 18 (1): 79-92.

⁷¹ SCOTT Joan W, « The incommensurability of psychoanalysis and history », *History and Theory* 2012, 51 : 63-83.

⁷² BLEAKLEY Alan, BLIGH John, « Students learning from patients: Let's get real in medical education », *Advances in Health Sciences Education* 2008; 13: 89-107. Mais aussi SVENAEUS Fredrik, « Hermeneutics of medicine in the wake of Gadamer: the issue of phronesis », *Theoretical Medicine* 2003; 24(5): 407-431.

⁷³ PIGEAUD Jackie, *Poétiques du corps...*, op.cit., p.92-110.

⁷⁴ ZUCKER Arnaud, « Une rhétorique épistémologique ? Paradoxes théoriques et pratique problématique chez Aristote », *Noesis* 2010 ;15 :13-44.

⁷⁵ BARTHES Roland, « L'ancienne rhétorique », art.cit.

⁷⁶ HIPPOCRATE DE COS, « Des vents », *Œuvres complètes*, vol. 6, trad. Emile Littré, Paris, J.-B. Baillière, 1849, p.91.

⁷⁷ LOFTUS Stephen, « Rethinking clinical reasoning... », art.cit.

L'analogie avec l'activité diagnostique est donc puissante : il s'agit bien d'extraire à partir du donné de la situation clinique, ce qui doit être recueilli comme pertinent pour le diagnostic. L'apport de la Rhétorique permet de passer de la sémiotique au raisonnement, de considérer les traces discursives à leur juste valeur. Reste à voir encore comme la perspective s'enrichit avec l'introduction dans l'équation, à côté des données observées et mises en *logos*, *l'ethos* et les *affects* des deux protagonistes. En effet, une fois rassemblés les éléments qui vont servir de matériau à l'argumentation rhétorique, quel est l'éventail des moyens de persuader qui relèvent en propre de la technique rhétorique ?

Aristote envisage trois registres⁷⁸ :

a) Le caractère de l'orateur, son *ethos*⁷⁹ : « la disposition éthique de l'orateur a une force de persuasion, lorsque le discours est prononcé de telle manière que l'orateur inspire confiance » (*Rhétorique* 1356a). « Car nous faisons plus rapidement confiance aux gens de bien, sur toute question en général, mais tout particulièrement sur celles où la précision manque et où le doute demeure » (*Rhét.* 1356a6).

b) L'état émotif des auditeurs (*pathos*). Il ne suffit pas de présenter les arguments, le *pathos* des auditeurs fait que ces arguments seront différemment appréciés, car « les choses ne se montrent pas semblables selon qu'on aime ou qu'on déteste, selon qu'on est en colère ou qu'on est serein : au contraire, elles se montrent radicalement différentes, ou différentes quant à leur gravité » (*Rhét.* 1377b31-32) ; les évaluations d'un objet donné connotées par les multiples dispositions émotionnelles mènent à des jugements distincts : « car on ne rend pas les jugements de la même façon selon que l'on ressent peine ou plaisir, amitié ou haine » (*Rhét.* 1356a15-16).;

c) Le discours (*logos*) lui-même qui doit être structuré et user à bon escient des éléments de preuve dans des syllogismes non fallacieux. Entrent en jeu également le style, la voix, etc.

Ainsi s'esquisse le diagnosticien comme figure d'un orateur qui prépare sa démonstration. Le public (l'auditeur) sera en premier lui-même – le médecin doit *se* persuader pour agir –, mais aussi le dossier médical destiné à ses pairs dans lequel il explicite sa construction, et encore le malade qu'il devra convaincre de se soumettre à tel examen pour tester l'hypothèse formulée au terme du raisonnement⁸⁰. Parfois il y a d'autres destinataires encore de son argumentation : un pharmacien, un médecin conseil, etc. Devons-nous concéder alors que le

⁷⁸ Je le précise ici : nous nous sommes tenus, pour l'essentiel, à Aristote, même si la rhétorique contemporaine, depuis les travaux de Perelman, connaît des développements tout à fait intéressants, et qui auraient aussi leur pertinence dans l'analyse critique de la médecine. Voir par exemple : AMOSSY Ruth, « Faut-il intégrer l'argumentation dans l'analyse du discours ? Problématiques et enjeux », *Argumentation et Analyse du Discours* [En ligne], 9 | 2012 ; ou encore MICHELI Raphaël, « Les visées de l'argumentation et leurs corrélats langagiers : une approche discursive », *Argumentation et Analyse du Discours* [En ligne], 9 | 2012.

⁷⁹ *Ethos* exprime une « seconde nature », « une disposition stable de l'âme résultant de la répétition des mêmes actes à agir d'une certaine manière » ; mais ce n'est pas « un comportement purement mécanique, dicté par la nature, comme chez les animaux, car il consiste en dernière instance en une attitude constante à l'égard des pathê ». VIANO Cristina, « Les passions comme causes dans la Rhétorique d'Aristote : mobiles de l'action et instruments de la persuasion », *Journal of Ancient Philosophy*, 2010 ; IV (1) : 1-31.

⁸⁰ Sur le raisonnement lui-même, bayésien ou hypothético-déductif, nous ne nous étendons pas. De nombreux travaux lui sont consacrés. Voir MASQUELET Alain, *Le raisonnement médical*, op.cit. Sur l'abduction, voir chapitre sur l'esthétique.

diagnostic est une persuasion réussie ? Il me semble que cela n'est pas illégitime. Ce qu'on attend, ce n'est pas *la vérité*, mais une conviction suffisante pour agir, une vraisemblance suffisante. La prise de décision thérapeutique se fait souvent sans que le diagnostic ne soit complètement établi⁸¹. Dans de nombreux cas, en régime pratique, le savoir du médecin recouvre plutôt ce qu'il croit savoir, ce dont il est persuadé, que ce qu'il peut prétendre légitimement savoir dans les conditions épistémologiques de la science. Nous restons en régime d'incertitude. Le médecin cherche de quoi se persuader que le diagnostic qu'il suppose est crédible :

« L'acceptation d'un diagnostic final est une affaire de croyance dans la mesure où certains médecins formulent un diagnostic avec un certain niveau de preuve, tandis que d'autres exigent un niveau de preuve plus élevé »⁸².

Dans cette optique, on considère la charge de la « découverte spéculative »⁸³ du côté de l'orateur, mais c'est lui aussi qui sera son premier auditeur⁸⁴.

C. UNE CHARGE RHETORIQUE PARTAGÉE

Si la rhétorique comme art d'extraction en vue d'une délibération convaincante peut convenir à la description de la démarche diagnostique, il en va de même si on met l'accent sur l'élaboration d'un jugement dans un « régime de discours défini par l'oralité et la performance immédiate »⁸⁵. Là encore la transposition de la rhétorique à la démarche diagnostique est aisée. Nous avons souligné son immersion dans une pratique narrative. Mais c'est bien évidemment le malade qui est le « storyteller », même si sa narration est aiguillonnée par le médecin. Le malade fournit indices et éléments de preuve, à travers des mots et des signes corporels, avec quoi le praticien forme le diagnostic, qui est le jugement médical⁸⁶. Dans le processus, pour ne pas dire procès, le médecin est enquêteur, détective et juge d'instruction (qui doit instruire à charge et à décharge, ce qu'on appelle le diagnostic différentiel), mais aussi juge judiciaire qui prononce la « sentence » du diagnostic positif.

Le malade fournit les traces mais il plaide aussi sa cause, son corps parle parfois à sa place, pour lui et malgré lui. Il se positionne d'une certaine manière, pour capter l'attention pleine de son interlocuteur⁸⁷. S'il est le suspect sous certains aspects, il est aussi le plaideur. S'il s'en remet au médecin, il fait néanmoins de son récit un argumentaire pour convaincre son interlocuteur du bien-fondé d'une démarche qu'il a amorcée en amont, quand il comparait ce

⁸¹ WEISS Marjorie Cecilia, « Diagnostic decision making... », art.cit.

⁸² MASQUELET Alain, *Le raisonnement médical*, op.cit., p.67.

⁸³ Toujours d'après Aristote (*Rhét.* 1355b) : la rhétorique en tant que discipline qui s'efforce de « découvrir spéculativement ce qui, dans chaque cas, peut être propre à persuader ».

⁸⁴ Suivant en cela une règle générale du langage, que rappelle COURSIL Jacques, *La fonction muette du langage : essai de linguistique générale contemporaine*, Petit-bourg (Guadeloupe), Ibis rouge éditions, et Schoelcher (Martinique), Presses universitaires créoles-GEREC, 2000.

⁸⁵ ZUCKER Arnaud, « Une rhétorique épistémologique ?... », art.cit.

⁸⁶ RIEF John Joseph, « Searching for the good life: rhetoric, medicine, and the shaping of lifestyle », University of Pittsburgh, 2012.

⁸⁷ LINGARD Lorelei, « The rhetorical 'turn' in medical education: what have we learned and where are we going? », *Advances in health sciences education : Theory and Practice* 2007; 12:121-133.

qu'il ressent à ce qu'il connaît et auto-évaluait sa condition pour chercher des soins adéquats. C'est souvent de sa propre initiative que le malade s'en remet, selon son jugement sur la gravité et l'urgence de sa condition, tantôt à des recettes connues qu'il peut appliquer derechef, tantôt au conseil d'un proche ou d'un pharmacien, voire au médecin traitant ou au service d'urgences de l'hôpital le plus proche⁸⁸. Les éléments de preuve servent aux deux parties. On voit s'esquisser ainsi un régime plus complexe de répartition de la charge rhétorique, et cela invite à envisager aussi le malade comme orateur. Cette perspective enrichit me semble-t-il la compréhension de la rencontre clinique.

C.1 LOGOS

Aristote affirme que tous les discours ont pour visée ou arrière-pensée de persuader, c'est-à-dire s'adressent à un juge, paradigme de l'homme « qu'il s'agit de persuader »⁸⁹. Personne, et le malade moins que quiconque⁹⁰, n'est « indifférent à la réception de sa parole et aux effets de sa performance »⁹¹. Si on envisage le discours du malade sous cet angle, on peut prendre conscience de dimensions négligées, alors qu'elles sont des pièges pour la pratique diagnostique. Le malade module ses effets en fonction de l'impact de sa parole. Sa première performance est d'intéresser le médecin, de légitimer sa présence, de l'attendrir peut-être, de bien lui communiquer ses perceptions. Untel s'emploie à masquer son déficit cognitif derrière des périphrases ou des lieux communs, persuadant le médecin qu'il n'a pas de maladie d'Alzheimer, et peut-être que le médecin s'en satisfait d'autant plus qu'il regretterait de devoir porter un tel diagnostic⁹². Et s'il est notoirement imprudent de soigner ses proches, c'est à cause de la force persuasive de leur discours et de notre perméabilité à cette force capable de manipuler les affects et de fausser le jugement⁹³. Le malade orateur ne s'embarrasse pas toujours des critères de la logique pour construire de belles analogies ou des enthymèmes qui ne soient pas bancals. Parce qu'il plaide sa propre cause. Il peut manifester sa révolte, sa colère, sa souffrance, l'effet de *pathos* vient soutenir le raisonnement bancal⁹⁴.

Dans certains cas complexes, notamment dans les intrications psychosomatiques, la perception de cette force persuasive est un signe d'orientation. Le malade orateur use de toutes sortes d'expédients rhétoriques, fait appel à l'imagination et aux affects du médecin pour le conduire à des fins qu'il méconnaît souvent lui-même. Et en retour, le médecin, saisi

⁸⁸ WEISS Marjorie Cecilia, « Diagnostic decision making... », art.cit.

⁸⁹ ARISTOTE, *Rhét.* 1391b : « Quand on fait un discours qui cherche à persuader, le but est de produire un jugement (...) même si l'auditoire se réduit à un seul individu, celui-ci n'en demeure pas moins un juge, puisque celui qu'il s'agit de persuader est toujours un juge, ni plus ni moins »

⁹⁰ A vrai dire, le malade apparaît parfois indifférent à ce qui se joue. Cette indifférence apparente, trait sémiologique classique de la névrose hystérique, peut être aussi le signe d'une dés-affection profonde, qui, paradoxalement, a un effet persuasif puissant chez le médecin, en tant qu'il signale la gravité de la situation.

⁹¹ ZUCKER Arnaud, « Une rhétorique épistémologique ?... », art.cit.

⁹² DJULBEGOVIC Benjamin, HOZO Iztok, SCHWARTZ Alan, MCMASTERS KM, « Acceptable regret in medical decision making », *Medical Hypotheses* 1999; 53:253-259.

⁹³ Le point de vue des patients soignés par un médecin proche (parent, enfant, frère/sœur, conjoint) est plus nuancé, mais les inconvénients (frein de la pudeur, manque d'objectivité, confidentialité écornée, investissement non ajusté, etc.) sont bien identifiables. Voir ELKOUBY Laure, « Etre le patient de son proche médecin : motivations et freins », Thèse de doctorat en médecine, Strasbourg 2016-36.

⁹⁴ AMOSSY Ruth, « Faut-il intégrer l'argumentation dans l'analyse du discours ?... », art.cit.

d'angoisse ou sous le charme, par peur de déplaire ou par agacement, peut lutter et ruser pour tenter d'emporter la conviction du malade redevenu auditeur. Préoccupé de la *valeur* sémiotique des paroles du malade pour l'établissement du diagnostic, le médecin ne se rend pas toujours compte qu'il en subit *l'influence*. Il s'en rend d'autant moins compte que sa « philosophie spontanée »⁹⁵ le porte à se sentir dans un certain régime de rationalité.

Loretta veut faire le point. Son gynécologue lui a conseillé de venir me voir. Rapidement elle « déballe » qu'elle a une incontinence urinaire, une rectocèle, « ce qui n'est pas normal à 27 ans », des migraines, de l'acné, une obésité, une grande fatigue, des difficultés de concentration, d'attention, de mémoire, de fluence verbale. On passe de l'enfance, des reproches aux parents, à une liste établie pour tenter de mettre de l'ordre et dont je pourrais prendre connaissance en ouvrant la clé USB sur laquelle elle figure. Les larmes ne sont jamais loin, et elle se repose sur son compagnon présent lors de la consultation, mais qui reste silencieux. Un médecin lui aurait fait une remarque : elle irait mieux quand elle serait mariée (sous-entendu, il s'est trompé). Il y a deux ans des prises de sang ont été faites qui auraient montré une inflammation du foie. Au lycée une infirmière lui a dit qu'elle avait de l'inflammation ovarienne. Elle en veut à ses parents de ne l'avoir jamais « amenée au médecin » (sic) et d'avoir minimisé ses plaintes.

Il y a du flou dans l'anamnèse. Certaines souffrances remontent un peu à la surface. Il y a eu une adolescence difficile, et des anomalies qui remontent à l'enfance. C'est peu de dire, pour l'enquêteur que je suis supposé être, que la scène du crime a été piétinée de tous côtés. L'informateur ici est aussi un désinformateur. Le récit semble autant destiné à se convaincre, qu'à convaincre l'auditeur. Il faut à la fois être attentif au récit comme fiction, au récit comme apportant des données factuelles, au récit comme adresse d'une demande, mais laquelle ? Guérir, vraiment ? Savoir, vraiment ? Le malade orateur n'espère peut-être pas tant que le médecin va le croire, mais que le médecin va en arriver à voir que ce qu'il dit est vrai (si ça l'est)⁹⁶. Le « déboussolement » que je ressens fait aussi partie du tableau clinique. Pour avancer je propose aussi des hypothèses – ou plutôt, j'énonce des opinions du sens commun – que je livre à son jugement. Par exemple : une fatigue qui dure depuis des années ne peut pas révéler une maladie latente qui attendrait un diagnostic. Ou encore : ce qui semble faire l'unité, c'est que c'est une seule personne à qui tout cela arrive, plutôt que des connexions morbides qui associeraient dans une seule pathologie encore non découverte une incontinence urinaire depuis l'âge de 7 ans, une prise de 30 kg à l'adolescence, et des migraines. Par exemple : son débit verbal ne laisse pas de doute sur la qualité de sa fluence verbale. Ces proto-hypothèses sont comme des ballons-sondes qui relancent le récit. Celui-ci personnifie une séquence d'événements cliniques, et esquisse une signification existentielle qui doit faire partie du diagnostic. Pour chacun des acteurs, l'expérience est vraie (elle se demande si sa mémoire est reconstruite ou non, et fait part de ses difficultés à savoir si elle a vraiment vécu ce qu'elle dit avoir vécu, elle en veut à sa mère d'avoir une autre version). Une première ébauche se fait jour : un syndrome somatique fonctionnel. Mais c'est si vague comme cadre. Un tel diagnostic sera-t-il opératoire, aidera-t-il la personne à guérir ? Il offre en quelque sorte une situation d'attente. Nous y reviendrons plus loin.

⁹⁵ ALTHUSSER Louis, *Philosophie et philosophie spontanée des savants*, op.cit.

⁹⁶ ANSCOMBE Elizabeth, « En quoi consiste croire quelqu'un ? », *Klesis, revue philosophique* 2009 ;13 : 11-20.

C.2 PATHOS

Qu'en est-il des affects, dimension pathique de la rhétorique ? Les médecins n'admettent pas volontiers que les émotions jouent un rôle central dans l'établissement du diagnostic, alors que ce point est établi pour l'ensemble de nos actions, croyances et décisions, y compris rationnelles⁹⁷. Quand il faut se prononcer « sur des affaires présentes et bien précises » nous dit Aristote, d'emblée les *pathē* entrent en jeu, allant jusqu'à empêcher de « regarder le vrai d'un œil assez théorique »⁹⁸. Les biais qui en résultent sont nombreux⁹⁹, mais d'un autre côté ses émotions peuvent aussi l'orienter positivement dans son diagnostic : ainsi, il peut percevoir la gravité que revêt pour un malade tel symptôme qu'il aurait pu négliger, le degré d'urgence de parvenir à un diagnostic, les mots à ne pas prononcer, etc. S'il y a une heuristique globale des affects¹⁰⁰, c'est parce que les émotions sont une des composantes principales du raisonnement intuitif, un des deux « systèmes » majeurs du processus de décision¹⁰¹, qui le rend plus performant *ou* le perturbe. Les erreurs diagnostiques résulteraient surtout de l'impact de ce système (intuitif, rapide, automatique), plutôt que de l'autre système (analytique, plus lent, délibératif, libre d'affect)¹⁰².

Il convient d'ailleurs de distinguer l'attention aux émotions éprouvées par le malade, la perception d'une émotion naissante par le médecin, et le fait d'être pris par son affect. L'accès aux sentiments du patient est largement thématiquement sous son aspect cognitif : l'empathie est alors une forme de connaissance relationnelle¹⁰³. Nous reviendrons sur cette question au chapitre XII.

Le rapport entre émotion(s) et trouble(s) du jugement n'est pas univoque¹⁰⁴:

– le changement de jugement en défaveur ou en faveur de la personne vers laquelle l'émotion est dirigée peut-être une *conséquence* de l'émotion (colère, soif de vengeance, amour) qu'elle suscite. Par exemple, ce qu'on appelle « biais narcissique » est l'erreur de

⁹⁷ EBBERSMEYER Sabrina, « Conduire ou séduire la raison ? Réflexions sur l'ambivalence des émotions à partir de la Rhétorique d'Aristote », *Revue de métaphysique et de morale* 2010/2 ; 66 : 233-248. EVANS Jonathan St.B.T., « Dual-process theories of reasoning: Contemporary issues and developmental applications », *Developmental Review* 2011; 11: 86-102.

⁹⁸ ARISTOTE, *Rhét.*, 1354b.

⁹⁹ CROSKERRY Pat et al., « Emotional influences in patient safety », art.cit.

¹⁰⁰ L'heuristique de l'affect est définie comme le fait de se rapporter à l'affect (qui donne une tonalité éprouvée de bon ou de mauvais à un stimulus) pour agir. La réponse affective est rapide et automatique. SLOVIC P, FINUCANE ML, PETERS E, Mc GREGOR DG, « Risk as analysis and risk as feelings : some thoughts about affect, reason, risk and rationality », *Risk Analysis* 2004, 24 (2): 311-322.

¹⁰¹ KAHNEMAN Daniel, *Système 1, système 2, les deux vitesses de la pensée*, Paris, Flammarion, 2012 ; CROSKERRY Pat, « Clinical cognition and diagnostic error... », art.cit.

¹⁰² CROSKERRY Pat, « How doctors feel : affective issues in patients' safety », *The Lancet* 2008; 372: 1205-1206.

¹⁰³ La reconstitution d'une anamnèse suppose beaucoup l'empathie : les expressions du patient (de temps en temps je bois un verre peut tout signifier depuis le buveur d'eau jusqu'à l'alcoolisme sévère) nécessitent une interprétation et sans empathie il est impossible de comprendre, ni de poser les bonnes questions pour arriver au diagnostic et au bon traitement, et à la bonne adhésion du patient. Sans empathie le médecin ne comprend pas le patient suffisamment concernant ses propres priorités et ne peut lui faire comprendre l'importance du traitement. Ainsi l'empathie est une capacité de compréhension qui est nécessaire pour chaque médecin qui travaille dans la clinique. GELHAUS Petra, « The desired moral attitude of the physician: (I) empathy », *Medicine Health Care and Philosophy* 2012; 15(2): 103-13.

¹⁰⁴ EBBERSMEYER Sabrina, « Conduire ou séduire la raison ?... », art.cit.

jugement qui sous-estime la gravité pronostique des gens que l'on traite soi-même. Le regret anticipé tend à faire sous-estimer la vraisemblance d'un diagnostic péjoratif pour le malade.

– certains états émotionnels sont liés à des types de jugement, le changement de jugement est un *constituant* de l'émotion : l'indignation est liée au jugement qu'une réussite est imméritée, elle empêche alors un jugement de malheur immérité (lié à la pitié). L'optimisme est un sentiment de confiance dans l'issue d'une situation qui implique une tendance à juger que les événements positifs sont plus probables.

– l'émotion peut *modifier les perceptions*, et c'est cette mauvaise perception qui est la source d'un jugement fautif :

« La colère (...) *entend de travers*, à la façon de ces serviteurs pressés qui sortent en courant avant d'avoir écouté jusqu'au bout ce qu'on leur dit, et puis se trompent dans l'exécution de l'ordre... »¹⁰⁵.

Une variante de ce qu'on nomme « biais de proximité »¹⁰⁶ est l'influence d'un diagnostic récemment porté (susitant plaisir ou déplaisir) sur la perception du cas suivant.

En somme nous ne voulons pas nous laisser manipuler par les émotions, mais nous ne pouvons pas nous en passer¹⁰⁷. Il ne faut rendre ni notre intelligence indécise ni notre capacité d'agir arbitraire¹⁰⁸. Nous ne pouvons en médecine, ni abandonner la raison aux passions (*furor sanandi* et erreurs diagnostiques¹⁰⁹), ni soumettre la décision aux seules exigences du formalisme logique¹¹⁰.

C.3 ETHOS

L'éthos du malade orateur influence le diagnostic du médecin. Souvent les médecins commencent à diagnostiquer dès le moment où le patient est aperçu, avant même qu'il ait dit quelque chose : pour diagnostiquer une paralysie faciale périphérique, quelques secondes suffisent. Ils interprètent son apparence, son attitude, sa gestuelle et ses mimiques, son morphotype, son aisance à respirer et à se mouvoir, etc.¹¹¹ Une présentation soignée, un vocabulaire clair, des marques de politesse, une docilité affichée, mettent le médecin en confiance ; certains patients par contre, identifiés par des types disqualifiés (manipulateurs, exigeants, simulateurs, séniles, alcooliques, drogués ou psychopathes) suscitent assez systématiquement des mécanismes de défense qui altèrent sérieusement les compétences diagnostiques¹¹² et l'engagement thérapeutique de leur médecin¹¹³. Les risques de

¹⁰⁵ ARISTOTE, *Ethique à Nicomaque (EN)*, 1149a24-31. Nous nous sommes servis des traductions suivantes : trad. Richard Bodéüs, Paris, Garnier-Flammarion, 2004 ; trad. Jules Tricot, Paris, Vrin, « Bibliothèque des textes philosophiques », 2007 ; trad. J Barthélémy Saint-Hilaire, Paris, Le Livre de Poche, « Classiques de la philosophie », 1992.

¹⁰⁶ La forme habituelle de ce biais se traduit de la manière suivante. Après avoir vu dix malades avec une grippe dans la même journée, le médecin tend à diagnostiquer une grippe pour la fièvre du malade de la onzième heure.

¹⁰⁷ EBBERSMEYER Sabrina, « Conduire ou séduire la raison ?... », art.cit.

¹⁰⁸ MELCER Alain, « Les enjeux philosophiques de la topique juridique selon Perelman », *Revue de métaphysique et de morale* 2010 ; 2 :195-212.

¹⁰⁹ CROSKERRY Pat, « How doctors feel... », art.cit.

¹¹⁰ MELCER Alain, « Les enjeux philosophiques de la topique juridique selon Perelman », art.cit.

¹¹¹ GROOPMAN Jerome, *How doctors think*, Boston, Houghton Mifflin, 2007.

¹¹² Une anxiété et des douleurs thoraciques chez une toxicomane de 28 ans qui rôle des lenteurs du service d'urgences, réclame d'aller fumer sa cigarette... seront négligées même s'il y a une embolie pulmonaire...

¹¹³ CROSKERRY Pat et al., « Emotional influences in patient safety », art.cit.

stigmatisation encourus par certaines populations qui se présentent dans les hôpitaux ont fait l'objet d'enquêtes de terrain : usagers de drogue¹¹⁴ ou d'alcool¹¹⁵, roms¹¹⁶, « avortantes »¹¹⁷, etc. Le lien entre éthos du malade orateur et émotions du médecin est souligné en creux dans le code de déontologie. S'il faut faire appel au devoir, c'est que la tendance est puissante¹¹⁸.

Aristote dit que « l'éthos peut même supplanter l'enthymème¹¹⁹, le caractère moral constituant presque la plus efficace des preuves »¹²⁰. Mais c'est bien trompeur.

Quand je vois la maman de Claire (17 ans), sa discrétion, son mode de pensée réflexif, j'ai du mal à la considérer comme un facteur d'aggravation et de chronicisation, comme un élément essentiel du complexe clinique de sa fille. Par contre, quand j'apprends que Kevin a eu des pratiques de culturisme, j'ai du mal à croire à sa sincérité quand il jure ne s'être jamais injecté de testostérone, alors que l'hypogonadisme qui le préoccupe pourrait logiquement en résulter.

Quant à l'éthos du clinicien, il affecte les émotions du malade et sa décision de faire ou non confiance. On en trouve mention dans le *Corpus Hippocratique* : le médecin doit être propre, bien vêtu, légèrement parfumé, discret, il doit avoir l'air réfléchi sans austérité, etc.¹²¹ L'éthos du médecin fait partie du praticable, conçu pour offrir au malade les meilleures conditions de possibilité d'articuler dans le langage la vérité de son expérience¹²². En effet, le malade n'est pas spontanément (ou rarement) un « maître es persuasion »¹²³. La vérité de l'expérience, la justesse de la narration nourrit alors la véracité du diagnostic, qui est la finalité commune au médecin et au malade.

Un usage vertueux de la rhétorique invite le malade à devenir un meilleur orateur¹²⁴. « La concordance entre le savoir du médecin et la connaissance exacte que le malade a de lui-même

¹¹⁴ DENIS B., DEDOBBELEER M., BENABDERRAZIK A., BIZIMUNGU DG., SCIERA V., « Les usagers de drogues suivis en médecine générale : recours fréquent aux services d'urgence mais pas toujours les bienvenus », *La Revue de la Médecine Générale* 2008 ; n° 258 :408-414.

¹¹⁵ MENECHER Pascal, SAGNE Alain, MENECHER-OSSIA Laure, PLATTIER Sandrine, PLOTON Louis, « Perception des attitudes soignantes par des sujets âgés en difficulté avec l'alcool : étude exploratoire en milieu hospitalier », *Psychotropes* 2012/2 ; 18 : 61-76.

¹¹⁶ BOUVET Olivier, FLOCH Stéphane, « Manouches et Roms. Représentations sociales des personnels soignants : stigmatisation, déviance, étiquetage, stratégies », *Spécificités* 2012/1 ; n°5 : 257 - 274.

¹¹⁷ MATHIEU Marie, RUAULT Lucile, « Prise en charge et stigmatisation des avortantes dans l'institution médicale : la classe des femmes sous surveillance », *Politix* 2014/3 (n° 107) :33-59.

¹¹⁸ Nous y reviendrons plus loin. L'article 7 du code de déontologie médicale dispose que : « Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée ».

¹¹⁹ L'enthymème est un syllogisme rigoureux, mais dont les prémisses sont seulement vraisemblables.

¹²⁰ ARISTOTE, *Rhét.*, 1356a.

¹²¹ HIPPOCRATE DE COS, « Du médecin », *Ceuvres complètes, vol. 9*, trad. Emile Littré, Paris, J.-B. Baillière, 1861, p.204-206.

¹²² Ici peuvent prendre place des considérations pratiques et éthiques sur la place des interprètes dans la consultation avec des allophones. Nous avons traité ce point dans WEBER Jean-Christophe, « Soigner sans, avec ou dans la parole : le paradigme de l'étranger (linguistique) », *Psychologie clinique* 2017/1 ;43 :51-62.

¹²³ DANBLON Emmanuelle, « Quels mots pour convaincre ? », *Sciences Humaines* 2013 ; n°246 :52.

¹²⁴ Dans le domaine de la réflexion pédagogique pour la formation des médecins, apparaissent depuis peu des notions comme celle de ressources, d'intelligence ou encore de compétences émotionnelles (pour repérer les émotions en jeu, afin d'adapter son *logos*, s'ajuster et « optimiser » la communication. (PARENT Florence, JOUQUAN Jean, KERKHOVE Leslie, JAFFRELOT Morgan, DE KETELE Jean-Marie, « Intégration du concept d'intelligence

perfectionne le diagnostic et garantit son exactitude »¹²⁵. Cet éthos est modulé par le contexte, nous le verrons en faisant le détour par un cas clinique extrait d'une production cinématographique.

D. LA LEÇON RHÉTORIQUE DE « LA MORT DE DANTE LAZARESCU »

« La mort de Dante Lazarescu », long métrage de Cristi Puiu¹²⁶, met en scène des aspects peu glorieux de la médecine hospitalière ordinaire. Nous prenons résolument parti pour son réalisme, et l'utilisons ici comme un récit clinique¹²⁷.

Dante Lazarescu est un homme veuf d'une soixantaine d'années qui vit en solitaire dans un appartement d'un immeuble modeste de Bucarest. Embarrassé par de nombreux symptômes (maux de tête, douleurs d'estomac, vomissements sanguinolents), il appelle les secours par téléphone. Une ambulance est annoncée, mais tarde à venir. La première partie du film se déroule dans l'appartement : on y voit Monsieur Lazarescu tentant de faire face avec les médicaments dont il dispose, puis faisant appel à un couple de voisins. Les trois protagonistes se perdent en conjectures diagnostiques et en conduites à tenir. La cause de l'abus d'alcool est mise en avant, notamment lorsque l'infirmière-ambulancière fait son apparition. Mais ses premières constatations l'amènent à évoquer plutôt un cancer digestif provoquant une occlusion intestinale, aussi décide-t-elle de le transporter à l'hôpital. La seconde partie du film retrace le parcours hospitalier du patient dont l'état empire progressivement : ballotté d'un hôpital à l'autre dans la capitale roumaine, Dante Lazarescu vit une descente aux enfers, jusqu'au moment où il est laissé pour mort, alors qu'il est dans l'imminence d'une intervention potentiellement salvatrice, mais malheureusement trop tardive¹²⁸. Seule véritable figure d'humanité, l'ambulancière l'accompagne fidèlement et prend plusieurs fois sa défense contre les traitements dégradants qu'il subit dans sa confrontation au monde (in)hospitalier.

Les critiques ont vu dans ce film une « dénonciation de l'égoïsme social », une « épopée oppressante qui stigmatise le système hospitalier, microcosme cru »¹²⁹. Le cinéaste dit avoir voulu montrer l'absence d'amour du prochain dans un conte moral¹³⁰. La technique cinématographique accentue la tonalité quasi-documentaire du film : des plans-séquences filmés avec une caméra mobile, l'absence de musique, des dialogues réalistes, une narration linéaire. Nous traitons d'ailleurs le matériau fictionnel comme s'il restituait fidèlement la réalité. On y saisit directement en quoi la question du savoir médical, des connaissances

émotionnelle à la logique de l'approche pédagogique par compétences dans les curriculums de formation en santé », *Pédagogie Médicale* 2012 ; 13(3) : 183-201).

¹²⁵ LAIN ENTRALGO Pedro, *Le médecin et le malade*, op.cit., p.33.

¹²⁶ PUIU Cristian, *La mort de Dante Lazarescu*, film 2005. Présenté au festival de Cannes, il obtint le prix « Un certain regard » en 2005. Le film a également été récompensé du prix spécial du jury lors du Festival international du film de Chicago en 2005. L'acteur du rôle-titre est Ion Fiscuteanu. Agé de 68 ans au moment du tournage, il est décédé le 8 décembre 2007.

¹²⁷ Une version proche de ces réflexions a été présentée dans un programme de recherches de la Maison des Sciences de l'Homme d'Alsace (MISHA) consacré à l'étude des images de l'informaticien et du médecin dans les productions contemporaines de fiction, et va être publiée dans un ouvrage collectif sous le titre « Savoir, ignorance, transgressions et déviances : les conditions de la pratique médicale. A propos de *Moartea domnului Lazarescu* (La mort de Dante Lazarescu), film de Cristi Puiu ».

¹²⁸ En réalité, c'est le titre du film qui tranche sur lla signification de la scène finale.

¹²⁹ DROUIN Jean-Luc, « "La Mort de Dante Lazarescu" : Dante dans l'enfer des urgences », *Le Monde*, 10 janvier 2006.

¹³⁰ Cristi PUIU, *Entretien avec David Unger*, visible sur le DVD du film.

scientifiques et cliniques, doit aussi être envisagée du point de vue de son opérabilité, de son efficacité réelle. Les connaissances théoriques les plus solides peuvent s'avérer totalement impuissantes à établir un diagnostic, dès lors que des perturbateurs du raisonnement sont à l'œuvre.

Du médecin en général on suppose qu'il connaît les maladies, ce qui signifie à la fois qu'il sait les reconnaître (diagnostic) et les prendre en charge (thérapie). Dans le film, on assiste à une errance diagnostique qui sera d'ailleurs fatale au patient : certes il a probablement une cirrhose du foie causée par une addiction à l'alcool, ainsi qu'un cancer du côlon, mais les symptômes qui motivent son appel à l'aide sont ceux d'un hématome sous-dural (collection de sang entre la voûte crânienne et le cerveau) qui s'aggrave progressivement et dont le diagnostic est trop tardif. Des voisins aux urgentistes en passant par l'ambulancière, on ne peut que constater que l'accès au diagnostic est empêché : seul un médecin parviendra à dégager l'hypothèse correcte qui sera ensuite confirmée par un scanner. Que l'errance diagnostique soit associée à une errance géographique humaine et politique ajoute à l'intérêt du film : cette intrication suggère d'une part que les répercussions de la trajectoire médicale d'un patient vont bien au-delà de ce qui reste contenu dans la sphère médicale (la question du savoir/ignorance du médecin n'est pas sans conséquences, qui débordent l'enjeu de l'exactitude du diagnostic), d'autre part que la trajectoire médicale subit des déterminations non médicales (le savoir-faire clinique est très vulnérable à des conditions extra-techniques). Autrement dit, les frontières de la sphère médicale sont poreuses, le laboratoire qu'est la clinique n'est pas une bulle isolée du monde. La trajectoire d'un patient dans le système de soins est tributaire de son organisation politique, de son organisation sanitaire pratique, mais aussi des nœuds, des rencontres bonnes ou mauvaises avec des agents de ce système ou en amont de lui, agents eux-mêmes traversés par l'enjeu du savoir/ignorance dans leur domaine propre, mais subissant aussi d'autres déterminations de leurs décisions effectives : le devenir du malade dépend d'une multitude de paramètres. C'est dire à quel point la dimension savoir/ignorance pour le médecin est d'emblée un objet complexe.

Dans le film, l'errance diagnostique est d'abord celle des voisins et de l'ambulancière. Nous ne nous y attarderons pas, pour nous concentrer sur la première séquence hospitalière, dans le service d'urgences de l'hôpital San Spiridon. Un interne et un médecin sénior sont présents, vont interroger et examiner Dante Lazarescu. L'orateur Dante Lazarescu ne semble faire aucun effort pour soigner sa présentation, son *ethos*, et fait donc figure de pauvre hère alcoolique, ou de « pépé alcoolisé » comme le nomme le praticien âgé. Les émotions suscitées (*pathos* des deux auditeurs) sont négatives : l'interne est agacé, et son propre *ethos* n'inspire d'ailleurs guère confiance, il affiche en effet du mépris pour le patient, mais aussi pour les collaborateurs de la salle d'urgence ; le senior est contrarié d'avoir affaire à un alcoolique (« on n'aime pas ça »), contrariété aggravée par l'attitude de l'ambulancière qui émet à voix haute des suggestions diagnostiques. Avec l'interne, Dante Lazarescu n'a même pas la parole, il ne peut développer son propre discours. L'ambulancière tente d'y suppléer : mais « coliques abdominales et maux de tête » qui sont inscrits sur la fiche du malade ne suffisent pas à convaincre l'interne de s'intéresser au cas. Elle parle alors à la place du malade et évoque la possibilité d'un cancer du côlon (abdomen dur). Mais la combinaison d'un *ethos* défavorable et d'un *logos* peu développé ne font pas le poids contre un élément de preuve qui emporte le jugement médical. La persuasion de l'interne repose en effet sur l'haleine enivré du patient et son verdict est sans appel : « il a bu ».

Face au médecin senior, auditeur mal disposé lui aussi, Dante Lazarescu ne peut développer aucune narration spontanée : il est soumis à une série de questions fermées : – « vous buvez seulement pour le plaisir? » – « dis pépé, t'as vu un spécialiste pour le côlon? » – « pourquoi tu bois si tu as eu un ulcère? » – « On t'a jamais fait de colonoscopie? » Quand il parvient à prendre spontanément la parole, pour dire « docteur j'ai mal à la tête », le jugement du médecin est déjà fait, et il n'écoute plus : – « t'as rien bordel! arrête de boire ! ». Et même quand le malade insiste sur son mal de tête, il rétorque – « Ça prouve que tu en as une! » Ce jugement faussé par les émotions négatives ne résume tout de même pas le diagnostic, car là aussi un élément de preuve « matériel », fourni par l'examen (une douleur à la palpation du foie augmenté de volume), conduit à une décision : il faut faire un scanner du foie. Il glissera aussi à l'oreille de l'ambulancière : « il a un foie grand comme la Maison du Parlement, je ne pense pas que ce soit une hépatite ».

Dans cette séquence, la colère du médecin sénior contre le malade supposé subir les conséquences de son habitus alcoolique lui fait commettre une erreur de jugement sur la nature du mal. En effet, le mal de tête, l'asymétrie à l'élévation des bras (très discrète, et donc visible uniquement par le « spectateur désintéressé »¹³¹), le fait qu'il ne puisse plus tenir debout tout seul, sont des éléments qui auraient pu permettre le diagnostic (hématome sous-dural) à un stade précoce, qui auraient dû au minimum en faire générer l'hypothèse. Mais ce processus diagnostique est empêché par l'*ethos* du malade (qui plaide ici contre lui, et montre par contraste à quel point l'*ethos* peut suffire à persuader) et par le *pathos* des deux médecins. Leur indignation contre les alcooliques fait obstacle à la compassion qui aurait pu les amener à être plus attentifs à un *logos* appauvri et aux signes cliniques ténus. La colère du médecin senior contre l'encombrement des urgences l'empêche d'entendre et de voir ce qu'il faudrait entendre (j'ai mal à la tête) et voir (le déficit moteur, encore discret). Autrement dit, la puissance négative de l'*ethos* du malade et des émotions du médecin ruine le recueil correct des éléments de preuve et leur organisation dans le discours argumenté et intérieur du raisonnement diagnostique. Dans ces circonstances, d'une grande fréquence même si la tonalité est moins accentuée, la parade clinique à ces perturbateurs du jugement est le passage en revue systématique des lieux (*topoi*), mais sans garantie de réussite de la performance (*i.e.*, les hypothèses diagnostiques correctes).

Ceci illustre à quel point le savoir en jeu en médecine est un savoir en situation, c'est-à-dire des connaissances qu'il faut parvenir à mobiliser au bon moment et à juste titre.

Par contraste, on peut analyser ce qui se passe dans le deuxième établissement (hôpital Floreasca) où Dante Lazarescu est transporté pour faire la tomographie du foie conseillée par le senior de San Spiridon. Devant la jeune et sémillante interne Gina, le malade insiste sur les maux de tête (qui ont sérieusement empiré et ne sont plus un signe discret). Mais cet élément de preuve sera là encore contrebalancé par l'*ethos* du patient (qui sent l'alcool dès qu'on se penche vers lui) et les préjugés négatifs, émotionnellement consolidés, qui lui font écho. L'insistance du patient pour intéresser (persuader) le médecin autour du problème de tête se heurte en miroir à celle de l'interne pour se focaliser sur l'abdomen. Finalement, les protestations du malade se font véhémentes (« j'ai dit que j'avais mal à la tête ! »), il tente de faire plaider sa cause par l'ambulancière qui est restée à ses côtés (« Dis-lui : mal à la tête! ») mais l'interne tarde à prendre la

¹³¹ Cf. KANT Emmanuel, *Le conflit des facultés en trois sections*, op.cit., p.101 sq. et ARENDT Hannah, *Juger, Sur la philosophie politique de Kant*, op.cit. p.87-8. Cette posture est ici contestable car seul le spectateur engagé dans la clinique s'intéresse assez aux détails pour repérer le signe discret de l'affection et l'enjeu de la situation.

plainte au sérieux. Finalement, elle ne peut que constater la chute de la main droite, et malgré ses hésitations à interpréter le signe clinique (ce peut encore être à cause de l'alcool), la force intrinsèque de ce dernier, sa valeur sémiotique (indice probant d'une maladie, et quasi signature d'une atteinte neurologique) finit par l'emporter.

On pourrait argumenter à partir de ce constat pour objecter à l'intérêt pour la rhétorique dans le diagnostic médical : l'indice matériel n'est-il pas une preuve *a-technique*, qui ne relève pas en propre de la rhétorique ? En médecine le corps parle à la place du malade, seuls les éléments objectifs ont de l'importance, tout le reste est ... pure rhétorique ! Il me semble cependant que ce que montre le film, c'est avant tout le retard de performance dans la pratique médicale auquel conduit la seule focalisation sur les preuves matérielles, et l'indigence clinique qui résulte de la non-prise en compte de l'ensemble des éléments de la situation qui sont de nature à persuader. Un médecin averti de la puissance de la rhétorique se serait méfié de la présentation trompeuse, des émotions négatives qu'il ressent devant tel ou tel malade. De plus, les signes objectifs discrets doivent aussi être interprétés, ce sont rarement des signaux non équivoques.

L'interne Gina fait donc appel à un spécialiste en neurologie, le Dr Dragos Popescu. Le prénom du personnage (qui signifie le choucho, le précieux, le charmeur) n'est vraisemblablement pas fortuit¹³². En effet, si ce médecin est le premier du film qui pratique un examen médical adéquat débouchant sur une hypothèse correcte (ce qui était signe d'une atteinte neurologique au sens large pour l'interne peut être rapporté avec précision à un probable saignement intracrânien pour le spécialiste), sa motivation est présentée comme le fruit d'un jeu de séduction avec l'interne qui l'a appelé au téléphone. Il vient pour lui plaire, il diagnostique pour ses beaux yeux. Autrement dit, à l'*ethos* et au *logos* du patient se sont substitués l'*ethos* et le *logos* séducteurs de l'interne charmante, qui ont persuadé le neurologue de se hisser au maximum de ses capacités médicales¹³³. De même, certains malades parviennent à persuader le médecin de déployer ses compétences, alors que d'autres y échouent.

Mais il faut examiner une autre objection possible à l'hypothèse du malade orateur. Pour Aristote en effet, la rhétorique s'impose « en face de certaines personnes », notamment devant un public d'auditeurs non spécialisés¹³⁴. Bien sûr cette condition n'est pas obligatoire, mais peut-on penser qu'elle s'applique à notre propos sur le diagnostic ? Le médecin n'est-il pas précisément spécialisé dans ce domaine, même si l'analyse du film nous montre des savoirs empêchés. La force de l'analogie invite ici à envisager l'incroyable : le médecin comme auditeur non spécialisé. Essayons de faire droit à cette hypothèse¹³⁵. Un premier argument serait de souligner que le savoir spécialisé du médecin concerne les besoins du corps malade, alors que la demande de vérité s'adresse à un savoir supposé mais non possédé par le médecin. En second lieu, si l'enjeu véritable est l'expérience vitale de la maladie (et non sa seule détermination dans une nosographie), le recours aux moyens rhétoriques est nécessaire au

¹³² Comme bien entendu, n'est pas fortuit le nom de Dante Lazarescu.

¹³³ Et en cela, elle inscrit les us hospitaliers dans le régime de ce que Lipovetski nomme « une des grandes lois structurantes de la modernité radicalisée » : « plaire et toucher ». LIPOVETSKY Gilles, *Plaire et toucher ; essai sur la société de séduction*, Paris, Gallimard, 2017, p.13.

¹³⁴ ARISTOTE, *Rhét.*, 1357a : « La tâche de la rhétorique est donc de traiter des questions dont nous discutons sans en posséder un savoir technique [ce point pourrait correspondre au malade en tant qu'orateur], et ce, devant des auditeurs qui ne peuvent pas considérer synthétiquement toute la diversité des choses, ni avoir un raisonnement logique de grande ampleur ».

¹³⁵ Sur ce point, voir : WEBER Jean-Christophe, « Traiter quoi, soigner qui ? », *Cahiers philosophiques* 2011 ;2 : 7-29.

malade, le médecin ne pouvant être l'expert de cette expérience-là, qui ne peut être rapportée qu'en première personne. Comment le lui faire entendre au mieux, sinon par le discours, dont la rhétorique maximise l'efficacité dans les cas heureux ? Le médecin pourra seulement faire la part de ce qui y est déterminé par des causes objectives qu'il s'agit de découvrir pour en minimiser si possible les conséquences délétères. Avec Dante Lazarescu, c'est l'échec de l'entreprise de persuasion qui exhibe l'importance des catégories rhétoriques. Enfin on peut constater que comme pour tout orateur, le malade est aussi le premier auditeur de sa propre parole¹³⁶ et qu'il vise aussi à sa propre persuasion, à donner du sens à cette expérience morbide, par la mise en forme de son récit¹³⁷. Selon ces trois angles de vue, le patient est le seul véritable « expert » de l'expérience qu'il traverse, et le médecin l'auditeur non spécialisé (pour une part au moins) de cette expérience¹³⁸. Sa véritable spécialité est donc ailleurs : celle d'être l'auditeur, l'adresse qui offre son concours à élucider la portée du message, pour tenter de minimiser les dégâts de sa cause corporelle. Autrement dit, le médecin doit être capable de jongler entre deux grammaires : celle des verbes d'expérience et celle des aptitudes (savoir, comprendre, pouvoir, être capable de)¹³⁹.

E. DE LA RHETORIQUE A L'ETHIQUE

Le film « La mort de Dante Lazarescu » a une autre qualité encore, celle de souligner l'intrication de l'éthos médical avec le contexte institutionnel. La plupart des spectateurs¹⁴⁰ sont indignés par le comportement des médecins, mais le film est construit de telle sorte qu'ils apparaissent autant comme des acteurs pleinement responsables de leurs actes que comme des êtres à la fois façonnés et dépassés par l'institution et l'organisation des soins. Façonnement de l'éthos : on ne saurait ignorer que le « jeu » rhétorique dont nous avons détaillé certains aspects a des règles qui ne dépendent pas entièrement des acteurs qui s'y adonnent.

Pour le médecin, la question éthique générique peut être formulée ainsi : « comment être un bon médecin ? »¹⁴¹, ou plutôt « comment agir en bon médecin ? » car « être » ne doit pas s'entendre comme un état définitif. Nous avons vu plus haut à quel point la question n'est pas réductible à la possession d'un savoir, puisque celui-ci ne parvient pas toujours à être mobilisé en situation, pour des raisons qui tiennent à la présentation du malade, aux émotions qui perturbent le jugement, à la discrétion des éléments de preuve. Mais il y a une autre dimension de la question, car l'épaisseur sémantique du prédicat « bon » recouvre autre chose encore que

¹³⁶ COURSIL Jacques, *La fonction muette du langage...*, op.cit.

¹³⁷ EDGAR Andrew, « The expert patient: illness as practice », *Medicine, Health Care and Philosophy* 2005;8: 165-171.

¹³⁸ Nous prolongerons la réflexion sur l'expérience dans le chapitre IX.

¹³⁹ Vincent Descombes rappelle, en prenant appui sur Wittgenstein (WITTGENSTEIN Ludwig, *Recherches philosophiques*, op.cit., § 150), que ce sont deux grammaires différentes. DESCOMBES Vincent et al., *Questions disputées*, Nantes, Editions Cécile Defaut, 2007.

¹⁴⁰ Le film a été présenté à deux reprises à des groupes d'étudiants en médecine dans le cadre d'un module optionnel « cinéma et médecine ». Nous avons également recueilli les appréciations d'amis qui ne travaillent pas dans le champ de la santé.

¹⁴¹ CRIGNON-DE OLIVEIRA Claire, GAILLE Marie (dir), *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ?* Paris, Seli Arslan, 2010.

l'habileté technique (faire un diagnostic correct). Et de ce point de vue élargi, le film « La mort de Dante Lazarescu » dresse plutôt l'inventaire de toutes les manières d'être un mauvais médecin.

On ne naît pas médecin¹⁴². La formation initiale est longue et s'achève par l'obtention d'un diplôme qualifiant : cela ne suffit pas généralement à être reconnu comme « bon médecin », puisqu'il faut y ajouter l'expérience de terrain, l'acquisition d'un savoir-faire qui ne s'acquiert qu'avec le temps, par la répétition et l'exercice¹⁴³, la confrontation à des situations complexes et contingentes. Dans le *Corpus hippocratique* on trouve déjà la mention qu'une part de ce qui est requis ne relève pas de l'enseignement : « Savoir user dans la sagesse et dans l'art, ne s'enseigne pas »¹⁴⁴. Si on peut devenir un bon médecin, il n'est pas donné de le rester. Dans le *Protagoras* la dispute entre Protagoras et Socrate en vient à porter sur le sens d'un poème de Simonide, et sur la différence entre *devenir* vertueux (pour Socrate, c'est difficile mais possible) et *être* vertueux (pour Socrate, c'est impossible) : si l'homme méchant est méchant et ne le devient pas, l'homme bon par contre ne l'est que lorsqu'il fait bien. L'exemple du médecin est mis à contribution :

« Quelle est la bonne manière de faire pour faire un bon médecin? Il est évident que c'est d'apprendre à soigner les malades, et que celui qui les soigne mal est un mauvais médecin. Mais qui peut devenir mauvais médecin ? Il est évident que la condition préalable pour cela est d'être d'abord médecin, puis bon médecin ; on peut alors devenir mauvais médecin ; [...] L'homme de bien peut devenir méchant, par l'effet de l'âge, ou du travail, ou de la maladie, ou de quelque autre accident [...] ; mais le méchant ne saurait devenir méchant, puisqu'il l'est toujours, et, pour qu'il pût devenir méchant, il faudrait qu'il eût été bon d'abord »¹⁴⁵.

Le praticien est façonné par sa pratique, et on voit dans le film (notamment le premier médecin) que la pratique peut être déformante : on semble avoir affaire à une médecine vétérinaire, une médecine tronquée. Le manquement à l'éthique retentit sur le manquement à la performance professionnelle, car celle-ci ne va pas sans celle-là. Un bon médecin est révélé en situation, laquelle comporte un malade, un médecin et un contexte. Un bon médecin est un entrelacs de savoirs et de compétences techniques, d'aptitudes à les utiliser, et de qualités morales et d'affects. Un bon médecin a-t-il aussi besoin d'un *bon* malade¹⁴⁶? Disons qu'on « ne peut pas penser l'identité du médecin et celle du patient indépendamment l'une de l'autre », il y a des « attentes normatives réciproques »¹⁴⁷. Au savoir médical correspond une certaine manière de s'y rapporter, d'y adhérer. Devant un malade difficile, il faut surmonter les

¹⁴² KLEIN Alexandre, « On ne peut apprendre rapidement la médecine », *Le Portique*, e-portique 4 [En ligne], *Soin et éducation* (II) 2007.

¹⁴³ Ce n'est pas qu'ennui et routine. De la répétition naît aussi le plaisir du rythme. SENNETT Richard, *Ce que sait la main. La culture de l'artisanat*, trad Pierre-Emmanuel DAUZAT (2008 *The Craftsman*, Yale University Press), Paris, Albin Michel, 2010, p.239.

¹⁴⁴ HIPPOCRATE DE COS, « De la bienséance », *Œuvres complètes*, vol. 9, trad. Emile Littré, Paris, J.-B. Baillière, 1861, p.231.

¹⁴⁵ PLATON, *Protagoras*, trad. Emile Chambry, Paris, GF-Flammarion, 1967, 345 a-b.

¹⁴⁶ Le Dr Behrens, médecin chef du sanatorium Berghof dans *La montagne magique*, repère « du premier coup d'oeil à la tête de chacun s'il a l'étoffe d'un bon malade, car il faut du talent pour cela ». MANN Thomas, *La montagne magique*, op.cit., p.68.

¹⁴⁷ CRIGNON-DE OLIVEIRA Claire, GAILLE Marie, « Avant-propos, Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ? » in CRIGNON-DE OLIVEIRA Claire, GAILLE Marie (dir), *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ?*, op. cit., p.7.

obstacles. Les deux ont besoin d'une bonne relation, mais aussi d'institutions (contextes) bonnes : les valeurs et les normes sociales mettent en tension, sinon en danger, le sens initialement individuel de l'action médicale. Là aussi, dans une situation difficile, il faut surmonter les obstacles : le film nous met en présence de services d'urgences débordés par l'afflux de malades, contraints de pratiquer un tri, des soignants harassés, etc.¹⁴⁸

C'est pourquoi, si le film illustre un certain nombre de déviances médicales, elles sont presque indistinctement des entorses à la déontologie voire des fautes morales, et des comportements facilités par les dysfonctionnements institutionnels. Envisagé sous l'angle de la déontologie médicale¹⁴⁹, le film est le passage en revue des manquements à un certain nombre d'articles du Code, et singulièrement ceux qui énoncent les devoirs généraux des médecins¹⁵⁰. Dans le film, non seulement Dante Lazarescu mais aussi les autres personnages de malades, sont traités de manière infantilissante, sans respect de leur intimité corporelle, voire sont insultés par les soignants et les médecins. Nous y avons déjà fait allusion, l'article 7 du Code de déontologie indique en creux la puissance négative possible de l'éthos du patient et du pathos médical. Il rappelle en effet la neutralité affective requise en vue de l'équité:

« Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée ».

Dans le film, la stigmatisation de l'habitus alcoolique semble être un obstacle infranchissable par les médecins, tant sur le plan moral que clinique, pour avoir une attitude « correcte et attentive », pour « soigner avec conscience », etc. Mais le plus intéressant est de saisir le lien étroit entre les dimensions éthique et technique : les sentiments négatifs vis-à-vis de l'*ethos* du malade gauchissent le jugement clinique. Autrement dit, le bon médecin est indissociablement bon diagnosticien et empreint d'une bonté suffisante (car ce n'est pas en se forçant par devoir contre la tendance qu'il atteindra la disposition adéquate).

¹⁴⁸ A sa manière, le film condense une grande part de ce qu'on retrouve décrit comme des violences dans l'espace de soin. A ce propos, voir DAVOUS Dominique, LE GRAND-SEBILLE Catherine, SEIGNEUR Etienne (dir.), *L'éthique à l'épreuve des violences du soin*, Toulouse, Erès, « Espace éthique », 2014.

¹⁴⁹ Le recours au Code de déontologie français se justifie ici par le fait que le film, quoique situé dans un espace national différent, délivre un message universel ; réciproquement le code de déontologie a une portée universelle et toutes les chartes et codes éthiques internationaux formulent les mêmes principes de base. CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE. Avril 2017. <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>.

¹⁵⁰ Par exemple l'article 2 qui dispose que « Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité » ; l'article 3 : « Le médecin doit, en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine » et l'article 4 que « Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi ». La problématique soulevée par l'article 9 (« Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires ») est au cœur de la scène qui se déroule dans le troisième hôpital (Filaret) : le diagnostic a été posé, et c'est un neurochirurgien qui est sollicité pour pratiquer une intervention. Celui-ci renvoie le malade au motif qu'il n'a pas donné son consentement. Ce faisant, il n'a pas porté assistance à un malade en péril, et ne s'est pas assuré davantage qu'un autre que lui pratiquerait les soins nécessaires.

Les devoirs envers les patients (deuxième section du Code de Déontologie) sont aussi malmenés. La continuité de la prise en charge (article 47¹⁵¹), le soin dans l'élaboration du diagnostic (article 33¹⁵²), la qualité de l'information délivrée (article 35¹⁵³), ne sont respectés que ponctuellement. Mais le film montre aussi comment détourner l'esprit de la loi en prétendant l'observer.

Ainsi, ce qui concerne le consentement¹⁵⁴ est complètement perverti par le neurochirurgien de l'hôpital Filaret. Le consentement ne peut faire suite valablement qu'à une information, laquelle a été formulée dans un jargon incompréhensible pour un malade déjà confus ; le médecin s'abrite derrière un refus alors que le malade est « hors d'état d'exprimer sa volonté » ; enfin il s'abrite derrière le fait que la sœur, dont on annonce l'arrivée proche, n'a pas donné son accord, alors que cette disposition ne tient pas compte de l'urgence.

Tout au long du film, est également mis à mal un article qui figure dans la section du Code consacrée aux « rapports des médecins entre eux et avec les membres des autres professions de santé ». En effet, l'article 68 énonce que

« Dans l'intérêt des malades, les médecins doivent entretenir de bons rapports avec les membres des professions de santé. Ils doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci et le libre choix du patient ».

Mentionnons simplement les vexations et humiliations que doit subir l'ambulancière dans le périple infernal qu'elle entreprend par fidélité à la situation.

Mais le spectateur se rend bien compte que les conditions d'exercice agissent presque comme une circonstance atténuante. Certes, les médecins exercent dans le mépris affiché de nombreux éléments de la déontologie, mais ils ne sont pas entièrement responsables d'une autre obligation qui leur incombe, celle prévue par l'article 71 :

« Le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge. (...) Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées ».

En effet, s'ils sont salariés d'une institution, ils ne sont pas maîtres des installations, des locaux, des moyens techniques. Dans le film, cette composante est adroitement montrée, de telle sorte que si le spectateur éprouve une répulsion morale à l'encontre des médecins considérés individuellement, il comprend aussi que les carences de l'institution forment le

¹⁵¹ « Un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles », mais cela n'est envisageable que « hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité », et que « quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée ».

¹⁵² « Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés »

¹⁵³ Le malade est informé de son état de façon « loyale, claire et appropriée », en tenant « compte de la personnalité du patient ».

¹⁵⁴ Article 36 du Code de déontologie médicale : « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité ».

terreau des déviances professionnelles, et que ces dernières sont aussi des manquements à l'humanité la plus ordinaire¹⁵⁵. Exposer le malade, sa nudité, à la promiscuité, employer des paroles blessantes, manier des mots incompréhensibles, ne relève pas seulement d'une déontologie professionnelle, mais de la simple humanité. Et si on s'indigne c'est bien parce qu'on ne pense pas que ces vices soient un défaut naturel ou accidentel¹⁵⁶.

Martha Spranzi a étudié des lettres de plainte de patients hospitalisés : elle est frappée par l'indignation suscitée par des actions et des omissions banales, communes, ordinaires¹⁵⁷. Elle en conclut que le patient n'est pas qu'un patient mais aussi un homme ordinaire, et que le médecin n'est pas qu'un médecin, mais aussi un être humain ordinaire, et que dans la relation soignante, les règles de la vie ordinaire ne sont pas suspendues et remplacées par d'autres, « fussent-elles fondées sur le droit et sur la compassion », et qu'elles continuent d'avoir une force normative à côté des normes spécifiques de la relation médicale. En somme, pour être un bon médecin, il faut continuer aussi à être un homme ordinaire (non-médecin) : autre argument pour souligner la pertinence de l'analyse permise par la *Rhétorique* d'Aristote. Ajoutons que la maîtrise hypothétique de la technique rhétorique resterait la maîtrise théorique d'une technique pratique, une théorie dont la possession ne garantit aucun succès, mais « lui fournit la *dynamis* pour obtenir ce succès¹⁵⁸ ».

Dans sa « Préface à *Médecins tortionnaires, médecins résistants* », Paul Ricoeur avance une idée que nombre de professionnels pourraient considérer surprenante. Il estime en effet que

« La participation de certains médecins à la torture n'est pas une aberration sans lien aucun avec la pratique médicale honnête, mais qu'elle constitue le pôle extrême d'une gamme continue de compromissions, dont l'autre pôle se confond précisément avec la pratique médicale "normale" »¹⁵⁹.

Il invite à rechercher les premiers signes d'un mauvais médecin dans la pratique ordinaire. Quels sont-ils ? Ils sont subsumés par le constat suivant : une pratique réduite à une technique, peut-être scientifiquement instruite, mais dissociée d'une éthique de la sollicitude, attentive à la souffrance et respectueuse du droit à la vie et aux soins du malade en tant que personne. Autrement dit, il faut une attention particulière aux émotions morales, une esthésie éthique. Ricoeur considère la médecine comme une profession à risques, car se vouer aux soins passe « nécessairement et légitimement par des techniques objectivantes »¹⁶⁰, lesquelles confèrent aux professions de santé un pouvoir sur le corps d'autrui paradoxalement dérivé du souci même de soigner. Canguilhem ne disait pas autre chose : la mise entre parenthèses du malade, étape quasi-obligatoire dans la constitution d'une rationalité médicale, ne saurait être le dernier mot

¹⁵⁵ DEJOURS Christophe, « Quand le tournant gestionnaire aggrave les décompensations des soignants », in AUSLENDER Valérie, *Omerta à l'hôpital. Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*, Paris, Michalon, 2017, p.203-212.

¹⁵⁶ Voir PLATON, *Protagoras*, 323d. « Car pour les défauts que les hommes attribuent à la nature ou au hasard, on ne se fâche point contre ceux qui les ont. Nul ne les réprimande, ne leur fait des leçons, ne les châtie, afin qu'ils cessent d'être tels ; mais on en a pitié ».

¹⁵⁷ SPRANZI Martha, « Humanité et maltraitance ordinaire : leçons de quelques lettres de plainte de patients hospitalisés », in : CRIGNON-DE OLIVEIRA Claire, GAILLE Marie (dir), *Qu'est-ce qu'un bon patient ?...*, op.cit., p.284-299.

¹⁵⁸ VIANO Cristina, « Les passions comme causes dans la Rhétorique d'Aristote... », art.cit.

¹⁵⁹ RICOEUR Paul, « Préface à "Médecins tortionnaires, médecins résistants" », *Lectures 1*, Paris, Seuil, « Points », 1991.

¹⁶⁰ Ibidem.

de la médecine qui « ne peut se démettre du devoir d'assistance à la vie précaire des individus humains »¹⁶¹. Paul Ricœur avertit également que des « situations à risque » naissent dans des structures qui portent en elles une violence institutionnalisée. S'il cite l'hôpital psychiatrique et la prison, le film « La mort de Dante Lazarescu » permet d'ajouter à bon droit les services d'accueil des urgences des hôpitaux, et les témoignages recueillis dans l'ouvrage collectif sur les violences dans le soin montrent que cette liste n'est pas limitative¹⁶². Peut-on devenir vertueux dans une institution qui ne l'est pas ? C'est certainement plus difficile. Selon Socrate (dans le *Protagoras*) l'homme de bien, le bon médecin peut devenir mauvais « par l'effet de l'âge, ou du travail, ou de la maladie, ou de quelque autre accident »¹⁶³. Gageons qu'il aurait pu ajouter, « par l'effet d'une institution mauvaise ».

Mais surtout, l'éthique de la rhétorique passe par la reconnaissance du pouvoir de la parole : c'est une éthique du bien dire. Le discours a des effets sur le comportement de l'auditeur¹⁶⁴. Allons jusqu'au point où la rhétorique rejoint les travers sophistiques. Allons jusqu'à proposer que le malade est un sophiste pour le destinataire médecin de son discours, que la séduction qu'il opère est une performance, par laquelle il fait advenir un monde, en tout cas « une nouvelle perception du monde »¹⁶⁵. Ogien évoque, à partir de son expérience de malade, le côté théâtral de la relation de soin : « tous les efforts de mise en scène que nous faisons en tant que patients pour gagner les bonnes grâces des médecins »¹⁶⁶. En retour, le médecin par le diagnostic qu'il pose, fait aussi advenir un monde pour le malade. Rencontre de deux sophistes¹⁶⁷. Aristote avertit de la puissance de la parole et rappelle qu'« il ne faut pas induire au mal »¹⁶⁸. En pratique on ne cesse de jongler sur une frontière délicate et parfois indécidable, entre la persuasion comme conviction bien étayée et la persuasion comme adhésion obtenue par flatterie. Parole *pharmakon*¹⁶⁹. La rhétorique « exhibe sans doute de façon trop crue la nature nécessairement linguistique – et donc non absolue – du rapport à la vérité »¹⁷⁰. Commentant le traité d'Aristote, Gilles Declercq affirme que

¹⁶¹ CANGUILHEM Georges, « Le statut épistémologique de la médecine », art.cit., p. 413-428.

¹⁶² DAVOUS Dominique, LE GRAND-SEBILLE Catherine, SEIGNEUR Etienne (dir.), *L'éthique à l'épreuve des violences du soin*, op.cit.

¹⁶³ PLATON, *Protagoras*, 345b.

¹⁶⁴ CASSIN Barbara, *Jacques le Sophiste...*, op.cit.

¹⁶⁵ Ibidem.

¹⁶⁶ OGIEN Ruwen, *Mes mille et une nuits...*, op.cit., p.160.

¹⁶⁷ Tous les torts attribués aux sophistes peuvent être pris en considération : flatterie et séduction sont à l'œuvre quand le malade tente de légitimer sa présence, ou d'exercer une puissance sur le médecin (exemple des parents qui susurrent des doutes quant à l'utilité d'une antibiothérapie pour la rhinopharyngite de leur enfant). Et réciproquement, du côté du médecin, pour faire passer la nécessité d'un examen ou l'opportunité d'entrer dans une étude.

¹⁶⁸ ARISTOTE, *Rhét.* 1355b : « celui qui use injustement d'un tel pouvoir de la parole pourrait causer d'immenses préjudices ». Notons avec Grimaldi qu'Aristote pose l'utilité de la rhétorique dans la connexion entre l'art du discours et la vérité : « la rhétorique est utile, parce que le vrai et le juste, en vertu de leur être même, on plus de force que leurs contraires, et que leur défaite leur incombe donc nécessairement [leur = les orateurs qui ont mal usé de la rhétorique] si les jugements ne sont pas rendus dans le sens qu'il faut ». « Le vrai et le meilleur se prêtent toujours le mieux à la persuasion » (*Rhét.* 1355a). GRIMALDI William MA, « Rhetoric and truth: a note on Aristotle. Rhetoric 1355a 21-24 », *Philosophy and Rhetoric* 1990; 23 (2):141-147.

¹⁶⁹ Dont la science ne veut pas, selon Cassin : « La science exclut la parole (parler pour parler, parler en pure perte, bref le logos-pharmakon) avec toutes les apparences de la légitimité » (CASSIN Barbara, *Jacques le Sophiste...*, op.cit., p.107).

¹⁷⁰ ZUCKER Arnaud, « Une rhétorique épistémologique ?... », art.cit.

Chapitre III

« Il y a un impératif éthique au sein même de la technicité de la rhétorique : un usage inexpert de la rhétorique trahit la cause du vrai et du juste, en rendant possible la victoire induite de leurs contraires »¹⁷¹.

A côté du médecin, il y a le charlatan, dont on redoute la puissance rhétorique. Non qu'on lui reproche de faire usage de rhétorique plutôt que de science¹⁷², mais de profiter du fait qu'on est dans le champ du vraisemblable, du contingent, de l'incertain, pour servir une autre cause que celle du vrai et du juste¹⁷³. Aux yeux du profane, le charlatan aura un même type de discours qu'un médecin sérieux et honnête¹⁷⁴ :

« Ce n'est pas l'aptitude qui distingue l'orateur du sophiste ; la distinction repose sur l'intention, à savoir l'intention de contribuer ou non à la victoire de la vérité ».¹⁷⁵

Pour conclure, nous pouvons aussi passer de la rhétorique au discours. Ce chapitre invite à envisager la médecine comme une pratique discursive, pratique entièrement traversée par des énoncés et des énonciations. Nous l'avons vu ici dans l'élaboration du diagnostic mais il faut élargir le propos dans une direction foucauldienne sans pour autant pouvoir détailler tous les aspects d'une « formation discursive ». Les signes et les symptômes sont nommés, ils ont une place dans le discours de la nosographie. La situation complexe réelle d'un patient se trouve décrite dans un discours médical qui peut être enrichi par différents champs de connaissance (anthropologie¹⁷⁶, sociologie¹⁷⁷, biologie, etc.). Les attitudes et les comportements des acteurs sont analysés à l'aide d'énoncés déontologiques, psychologiques. Ils reflètent aussi une discursivité qui organise les représentations des maladies (de l'alcoolisme par exemple, dans le film de Puiu). Mais nous avons vu aussi comment l'institution sanitaire contribue à façonner les discours, légitime des manières d'interroger et d'examiner les malades, et autorise (ou non) des manières de parler aux malades. Pour Van Leeuwen, la relation thérapeutique évite en quelque sorte à ces pratiques discursives de devenir totalement dépendantes de la personnalité (contingente) du médecin, mais elles structurent néanmoins la conduite et le raisonnement, favorisent ou dévaluent les récits d'expérience¹⁷⁸.

Notre propre enquête ne nous destinait pas à une analyse foucauldienne du discours médical. Elle suppose une position d'extériorité qui nous est inaccessible. Vu « de l'intérieur », ce qui nous frappe davantage que des formations discursives, ce sont des savoirs situés, empêchés ou facilités, une pratique bien plus fragile que confortablement organisée par des discours. Sa fragilité, mais tout aussi bien sa force, tiennent au fait que c'est une pratique faite par des êtres

¹⁷¹ DECLERCQ Gilles, « Politique du paradigme : argumentation et fiction dans la Rhétorique d'Aristote », *Etudes françaises* 2000 ; 36 (1) : 49-74.

¹⁷² Les médecins hippocratiques usaient d'ailleurs de rhétorique pour se différencier des autres guérisseurs et pour faire valoir leur savoir théorique qui les distinguait de travailleurs manuels. ROTH Adam David, « Reciprocal influences between rhetoric and medicine in ancient Greece », op.cit.

¹⁷³ EDELMAN Nicole, « Médecins et charlatans au XIX^e siècle en France », *Les tribunes de la santé* 2017 ;55 :21-27.

¹⁷⁴ En réalité, peut-être que non. Le charlatan vise à l'accoutumance à la drogue médecin, donc à lui-même, par le biais de la séduction. Cf. ISRAËL Lucien, « La demande du malade », art.cit.

¹⁷⁵ DECLERCQ Gilles, « Politique du paradigme : argumentation et fiction dans la Rhétorique d'Aristote », art.cit.

¹⁷⁶ DESPRES Caroline, GOTTOT Serge, MELLERIO Hélène, TEIXEIRA Maria, *Regards croisés sur la santé et la maladie. Recherches anthropologiques, recherches cliniques*, Paris, Editions des archives contemporaines, 2016.

¹⁷⁷ ZUIDERENT-JERAK Teun, *Situated intervention. Sociological experiments in health care*, Cambridge, Massachusetts, Massachusetts Institute of Technology Press, 2015.

¹⁷⁸ VAN LEEUWEN Evert, KIMSMA Gerrit K., « Philosophy of medical practice : a discursive approach », *Theoretical medicine* 1997;18:99-112.

Chapitre III

humains pour des êtres humains. Dès lors, corps et parole sont noués, s'orienter dans le diagnostic suppose aussi bien une méthode que des connaissances, une esthésie que le désir d'y parvenir, et des dispositions, favorisées ou empêchées par des affects aussi bien que par le contexte institutionnel, économique ou politique. Dans un environnement saturé de discours (sur la norme, la santé, la décision, l'organisation des soins, la subjectivité, etc.), il importe certainement au médecin de s'interroger sur ceux qui façonnent ses usages. Nous allons, pour conclure cette partie, étudier un chapitre du discours médical qui cristallise à sa manière la problématique de la difficile rencontre entre corps, parole, et savoirs.

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

Corps et médecine : une rencontre impossible ?

Que ce soit du côté du corps, ou de celui de la demande, le tableau qui a été brossé de la clinique ressemble peut-être à un patchwork. Les concepts tirés de la rhétorique lui ont conféré un certain ordonnancement. Au moment de conclure cette partie, j'aimerais non pas à nouveau brouiller les pistes, mais rendre compte autrement d'une difficulté qui s'est trouvée dispersée dans le chapitre pour des nécessités d'exposition. Cette difficulté, tout à fait transversale pour la pratique, est celle d'avoir affaire à des corps parlants. Cette locution inusitée¹ entend exprimer où se situe la difficulté que nous voulons souligner. Il ne s'agit pas ici de mettre l'accent sur le fait que la médecine soigne des personnes et non des objets, mais sur la spécificité d'une pratique vouée à être confrontée à cette propriété de notre espèce : celle d'avoir (disposer de, faire usage de) un corps et d'avoir (disposer de, faire usage de) un langage.

Aussi cette difficulté est particulièrement visible dans le champ des somatisations. Le terme est récent, la nosographie mouvante : c'est un domaine propice à mettre à l'épreuve réalisme et constructivisme². Ce qui s'écrit à son propos dans la littérature professionnelle rend compte des obstacles qui sont dressés comme des symptômes de la médecine elle-même. C'est pourquoi, avant de produire, dans la deuxième partie, une analyse des crises qui la traversent en choisissant certaines lignes de force (le savoir, les finalités, les pouvoirs, l'information), nous voudrions ici procéder autrement, en choisissant un domaine particulier qui nous permettra de récapituler certains points examinés dans la première partie et de nous préparer à la suite. Les somatisations confrontent à la question cruciale du dispositif savant permettant l'observation des phénomènes, leur repérage sémiologique. Nosographie savante et doctrine organisent la rencontre entre des corps parlants et la médecine.

On a beau toujours s'évanouir au XXI^e siècle, à la vue du sang par exemple, les « vapeurs » ont bel et bien disparu des propos tenus sur la santé, qu'ils soient profanes ou savants. Je dis « s'évanouir », parce que c'est ce que propose le dictionnaire des synonymes pour « avoir des vapeurs ». Est-ce qu'il s'agit, « simplement » pourrait-on dire, de l'absence d'un dispositif adéquat pour leur dévoilement ou pour leur « observabilité » en tant que « vapeurs »³, ou bien est-ce que les manifestations elles-mêmes – désignées jadis par « les vapeurs » –, ont disparu ? Sabine Arnaud a montré dans *L'invention de l'hystérie au siècle des Lumières*, comment on est passé des vapeurs à l'hystérie⁴. Nous avons pris appui sur son étude historique. Brièvement, les « vapeurs » décrivaient un grand nombre de symptômes affectant hommes et femmes. Puis on a

¹ Lacan l'aura employée en quelques rares occasions, notamment dans *Encore*, op.cit., séance du 15 mai 1973 : « Le réel, dirai-je, c'est le mystère du corps parlant, c'est le mystère de l'inconscient ».

² WEBER Jean-Christophe, « Les somatisations en clinique non psychiatrique: des « troubles somatoformes » aux « troubles à symptomatologie somatique et apparentés » », *Médecine Thérapeutique* 2017 ; 23:229-37.

³ Cf. ce que nous disions du praticable de la clinique.

⁴ ARNAUD Sabine, *L'invention de l'hystérie au temps des Lumières (1670-1820)*, Paris, Editions de l'EHESS, 2007.

Conclusion de la première partie

commencé à associer la cause des vapeurs à un organe, la matrice, auquel ont été attribuées deux propriétés : d'une part une aptitude à la rébellion et à la perte de contrôle, et d'autre part d'être un lieu de manifestation de désirs lubriques. Il ne restait plus qu'à serrer les liens. Si la matrice qui suffoque est en cause, l'hystérie sera féminine. Les contours nosographiques se modifient considérablement entre 1670 et 1820.

Si bien que la question n'est plus tant celle du devenir des vapeurs, mais de celui de l'hystérie. Si on peut facilement accorder que l'hystérie a remplacé les vapeurs au temps des Lumières pour (re)qualifier un certain nombre de phénomènes – le livre de Sabine Arnaud est parfaitement documenté à ce sujet – il se trouve qu'aujourd'hui c'est l'hystérie qui a disparu à son tour des radars de la biomédecine : il est alors légitime de se demander ce qu'elle est devenue ; vapeurs, hystérie, et puis *quoi* aujourd'hui ? Une relève était-elle attendue, et peut-être même utile, voire nécessaire ? Cela signifierait un changement du dispositif de réception des symptômes, de leur interprétation, de leur catégorisation dans la nosographie, pour autant que la médecine ait à s'en mêler. Mais on peut faire une autre conjecture : si les déterminants de ces symptômes sont **pour l'essentiel** d'ordre socioculturel, on pourrait suggérer que ce sont les conditions même de l'apparition des phénomènes qui ont disparu, comme peuvent disparaître des maladies infectieuses dont l'agent est éradiqué.

Prenons un parti qu'on dira sommairement foucauldien : c'est surtout le dispositif théorique et méthodologique qui a changé, amenant à une requalification de phénomènes autrefois épingleés des termes de vapeurs, puis d'hystérie. D'une certaine façon, une maladie n'existe que tant que nous avons accepté qu'elle existe, en la concevant, la nommant, la diagnostiquant et en y apportant une réponse médicale. Mais n'étant pas un constructiviste radical, nous considérons que ces phénomènes n'ont pas que des déterminations historiquement et discursivement situables, et qu'ils témoignent **aussi** d'un certain nombre d'invariants qui traversent les époques⁵. Autrement dit, nous faisons l'hypothèse que le recodage nosographique et le discours médical dans son ensemble font disparaître des catégories mais pas leur substrat matériel, naturel en quelque sorte⁶. Encore faudra-t-il préciser quels invariants nous plaçons sous le terme de substrat matériel, ou de nature. Bien sûr, la sélection des événements décrits est fonction d'une théorie qui organise le regard et les outils d'observation. Mais je reste convaincu de la possibilité de faire des descriptions plutôt minces et factuelles⁷, et de dégager en quelque sorte, au moins par la pensée, un fait brut de sa gangue conceptuelle, même si on ne peut s'extraire du langage. Pour autant, nous n'entendons pas défendre ici une essence biologique, féminine notamment, qui rendrait compte des spasmes, des convulsions, etc. Nous reprenons à Virno sa conception de la nature, à savoir des dispositions constitutionnelles de notre espèce, ce qui comporte bien sûr l'organisation physiologique de l'organisme, mais aussi la faculté de

⁵ Nous ne suivons pas Guillaume Le Blanc qui estime que présupposer « une continuité des problèmes et des théories, des savoirs et des pouvoirs, et aussi des expériences subjectives en rapport à ces savoirs et pouvoirs » est un « mythe inlassablement répété ». LE BLANC Guillaume, « Archéologie de la bioéthique », *Revue de métaphysique et de morale* 2014/2 ; 82 : 223-237.

⁶ Peut-être un constructiviste radical objecterait-il en suggérant que cela ne fait que dénoter la stabilité de la construction sémiologique médicale, et peut-être son efficacité. Mais on retournerait l'argument : la construction de quoi ?

⁷ Cf. les marques du corps dans cette première partie.

langage « qui ne dépend pas des constellations culturelles changeantes »⁸. Par exemple, on dira qu'un des traits distinctifs de notre espèce, un des traits de notre nature donc, est son absence chronique de détermination, ce qui rend compte de la variabilité maximale de l'expérience (qu'elle soit individuelle, politique, institutionnelle, ou clinique). Autrement dit, pour pouvoir parler du devenir des vapeurs et de l'actualité de l'hystérie, il faut poser *à la fois* une invariance des phénomènes bruts et une variabilité de leur réception savante et profane. C'est dans ce qui est invariant que se niche la difficulté réelle pour la médecine, et dans la variabilité les modalités de ses tentatives pour la surmonter.

Figures contemporaines de l'hystérie

Avant d'atteindre le point qui nous importe, il faut d'abord établir le constat de la disparition de l'hystérie dans le discours biomédical. Dans la base d'indexation des mots-clefs qui structure la base de données *Pubmed* (bibliothèque américaine de médecine attachée au National Institute of Health⁹), pour « Hysteria – (Hystérie) » on trouve cette notation :

« C'est un terme historique pour une affection chronique et fluctuante, commençant tôt dans la vie et caractérisée par des plaintes somatiques récurrentes et multiples qui ne sont pas causées par une maladie physique. Ce diagnostic n'est pas utilisé dans la pratique contemporaine ».

La petite vingtaine d'articles par an qui sont encore épinglés par ce mot-clé « hysteria » sont exclusivement des articles d'histoire de la psychiatrie. Un autre argument est pris de la lecture de la dernière version du manuel diagnostique des troubles mentaux, le DSM-5¹⁰. On ne trouve le terme « hysteria » dans aucune des 970 pages de l'ouvrage. Une recherche textuelle élargie avec le radical « hyster » permet de trouver le terme de *globus hystericus* au rang du « trouble d'évitement ou de restriction de l'absorption alimentaire » dont « dysphagie fonctionnelle » et « globus hystericus » seraient des équivalents sémantiques du passé. Le *globus hystericus* est une sensation intermittente ou persistante de boule ou de corps étranger dans la gorge¹¹. A la fin du manuel, on trouve un glossaire établissant une liste de « concepts culturels de maladie ». Le premier d'entre eux est *Ataque de nervios* (« attack of nerves »), qui concerne les populations latino-américaines. C'est un syndrome caractérisé par les symptômes d'un dérangement émotionnel intense, comprenant anxiété aiguë, colère ou chagrin ; hurlements et cris incontrôlables ; crises de larmes ; tremblement ; chaleur dans la poitrine remontant à la tête ; agressivité verbale et physique. Des expériences dissociatives (dépersonnalisation,

⁸ « Par *naturel*, il faut entendre la constitution physiologique et biologique de notre espèce, les dispositions innées qui la caractérisent du point de vue phylogénétique (à commencer, évidemment, par la faculté de langage), en somme, tout ce qui, ne dépendant en rien de constellations culturelles changeantes, demeure presque inaltéré dans le cours du temps. L'adjectif n'a donc rien à voir avec la notion douteuse de « seconde nature » par laquelle les sciences cognitives contemporaines s'efforcent de représenter (et parfois d'exorciser) la particularité des systèmes sociaux ». VIRNO Paolo, *Quando il verbo si fa carne, Linguaggio e natura umana*, Turin, Bollati Boringhieri, 2003, p.144 (nous traduisons).

⁹ C'est La base de données la plus utilisée en médecine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.

¹⁰ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, op.cit. Les recherches textuelles ont été effectuées sur le document numérisé, en langue anglaise.

¹¹ Il n'est pas associé à l'ingestion d'aliments : les personnes qui souffrent de ce trouble peuvent en général avaler normalement les aliments, mais n'arrivent pas à déglutir la salive entre les repas. Un traité de gastro-entérologie précise qu'on ignore l'étiologie mais qu'il y a fréquemment des « troubles psychologiques ou psychiatriques ».

Conclusion de la première partie

déréalisation, amnésie), des épisodes pseudo-convulsifs ou d'évanouissement, des gestes suicidaires sont prééminents dans certaines *ataque*, mais absents dans d'autres. Un trait commun aux *ataque de nervios* est la perception d'une perte de contrôle. Les crises surviennent fréquemment en conséquence directe d'un événement stressant relié à la vie familiale, comme l'annonce du décès d'un proche, des conflits avec le conjoint ou les enfants, le fait d'être témoin de l'accident impliquant un membre de la famille. Pour une minorité de cas, on ne trouve aucun déclencheur social particulier aux *ataque* ; leur vulnérabilité à la perte de contrôle trouve alors plutôt son origine dans une expérience cumulée de souffrances.

Un élément important est à repérer dans le texte :

« Aucune corrélation n'a été trouvée entre *ataque* et un trouble psychiatrique spécifique, bien que plusieurs troubles, dont le trouble panique, d'autres troubles dissociatifs spécifiés ou non, et le trouble conversion, ont des recoupements symptomatiques avec *ataque* ».

Il est aussi précisé que

« Quelques *ataque* représentent des expressions normatives de détresse aiguë (par ex, à des funérailles), sans séquelles cliniques. Le terme *ataque de nervios* peut aussi renvoyer à un idiomme de détresse qui inclut tout paroxysme émotionnel (par exemple rire hystérique) et peut être employé pour indiquer un épisode de perte de contrôle en réponse à un stresser intense ».

Les rejets de l'hystérie sont donc bien minuscules, mais ils indiquent en creux les difficultés cliniques concrètes : on a affaire à la fonction plus qu'à la lésion (ex. le *globus hystericus*) mais la recherche d'une cause organique est cependant toujours à considérer ; il y a un continuum avec des modes d'expression de soi (ex. se rouler par terre en riant « hystériquement ») et avec les expressions de détresse socialement admises.

Cette disparition est en fait d'une dissémination. Dans le DSM-5, les conditions reliées à l'*ataque de nervios* sont multiples : attaque de panique, trouble panique, autres troubles dissociatifs spécifiés ou non, trouble conversion (symptôme neurologique fonctionnel), trouble explosif intermittent (sic !), autres troubles anxieux spécifiés ou non, autres troubles traumatiques et reliés au stress spécifiés ou non... L'indice peut paraître faible, mais c'est largement admis : l'hystérie s'est diluée, preuve serait faite du peu de consistance de la catégorie, dès lors qu'on s'éloigne de la psychanalyse qui lui avait réservé une place éminente. Cette dissémination dans une multiplicité de catégories de « troubles » va au-delà de celles mentionnées à l'instant : il faut inclure encore celles qui comportent aussi des signes somatiques¹².

Mais laissons de côté le DSM, qui concerne les psychiatres¹³. Pour revenir à la médecine somatique, ce qui apparaît le plus en continuité avec les descriptions des « vapeurs » ou plus tard de l'hystérie aux XIX^e et XX^e siècle sont les syndromes somatiques *fonctionnels* ou, pour

¹² Ce qui touche aux « Somatic Symptom and Related Disorders » met le lecteur en face d'une classification terriblement compliquée, et on se perd entre les comorbidités, les critères obligatoires ou les critères d'exclusion. Du DSM-IV au DSM 5, on est d'ailleurs passé des Troubles somatoformes aux « Troubles à symptomatologie somatique et apparentés »... AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-5*, op.cit., p.365-86.

¹³ Pour un repérage à l'usage du médecin non-psychiatre, nous renvoyons à notre article WEBER Jean-Christophe, « Les somatisations en clinique non psychiatrique... », art.cit.

Conclusion de la première partie

être encore plus large, les *symptômes médicalement inexpliqués*¹⁴. La première dénomination met l'accent sur le corps, dont certaines fonctions semblent atteintes mais où manque la lésion, la seconde met en relief le hiatus entre la convocation du médecin et le trébuchement de son savoir.

Brièvement, ces syndromes somatiques fonctionnels – *functional somatic symptom complexes* de la littérature médicale en langue anglaise – ont en commun plusieurs traits¹⁵ : ils s'organisent autour de symptômes non expliqués par une pathologie organique, sans lésions démontrables ou anomalies biologiques établies, ils ont une évolution chronique et sont « souvent associés à des problèmes psychologiques », les malades cherchent une reconnaissance et une aide médicales. Les plus connus sont : le syndrome de fatigue chronique, la fibromyalgie, et le syndrome de l'intestin irritable (plus connu en France sous le nom de colopathie fonctionnelle). D'autres concernent seulement quelques spécialités (syndrome algodysfonctionnel de l'appareil manducateur – SADAM (sic) – des stomatologues, algies pelviennes chroniques en gynécologie). Certains ont presque disparu de la pathologie (syndrome d'hyperventilation, spasmophilie¹⁶, syndrome prémenstruel), d'autres font une apparition médiatiquement tumultueuse (syndrome d'hypersensibilité chimique multiple, électrosensibilité, myofasciite à macrophages rapportée à l'aluminium contenu dans certains vaccins), mais sont peu représentés dans la littérature académique.

Ainsi, la fibromyalgie est une affection très répandue – sa prévalence est estimée à 2-4% de la population – mais toujours contestée¹⁷. Après une première définition axée sur des points corporels douloureux, un tournant récent (2010) a redéfini l'affection en « autorisant » moins de douleurs, et en mettant l'accent sur les symptômes somatiques associés et les difficultés cognitives : non pas des vapeurs, mais un *brouillard* (le « fibro-fog »)¹⁸. Le tableau ressemble à celui de la neurasthénie du siècle précédent, qui a perdu de sa superbe quand sa représentation

¹⁴ Dans le champ de la médecine somatique en France, peu touchée par le DSM, ces dénominations ont fait l'objet d'une présentation exhaustive et commentée dans le livre de Pascal CATHEBRAS, *Troubles fonctionnels et somatisations-Comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués ?*, Paris, Masson 2006. Nous y avons apporté une contribution.

¹⁵ En partage d'ailleurs avec l'ensemble des « somatisations », parfois moins riche symptomatiquement que les syndromes évoqués ici. Ce sont donc des symptômes physiques pénibles (un ou plusieurs), associés à des pensées (persistantes et excessives) concernant la gravité des symptômes, à une anxiété de niveau élevé concernant la santé, et à des comportements spécifiques (temps et énergie excessifs dévolus aux symptômes et aux préoccupations de santé).

¹⁶ Laplantine saluait, en 1986, son introduction récente : elle touchait à l'époque près de 10% de la population française. LAPLANTINE François, *Anthropologie de la maladie*, op.cit., p.319.

¹⁷ HÄUSER Winfried, FITZCHARLES Mary-Ann, « Facts and myths pertaining to fibromyalgia », *Dialogues in clinical neuroscience* 2018 ; 20(1): 53-62.

¹⁸ Quels sont ces *signes somatiques associés* pouvant contribuer au diagnostic de fibromyalgie? Douleurs musculaires, syndrome de l'intestin irritable, fatigue, troubles de la mémoire ou de la concentration, faiblesse musculaire, céphalées, douleurs/crampes abdominales, engourdissements/picotements, vertiges, insomnie, dépression, constipation, douleurs épigastriques, nausée, nervosité, douleurs thoraciques, vision trouble, fièvre, diarrhée, bouche sèche, prurit, respiration sifflante, Raynaud, marbrures, acouphènes, vomissements, brûlures cardiaques, aphtes, perte du goût, convulsions, sécheresse oculaire, respiration courte, perte d'appétit, éruption, photosensibilité, troubles de l'audition, ecchymoses fréquentes, chute de cheveux, mictions fréquentes, douleurs mictionnelles, spasmes de la vessie... ! L'étendue des sphères concernées indique que c'est bien potentiellement l'ensemble du corps dont le malade perçoit un dysfonctionnement. On se souviendra d'une remarque clinique de Lucien Israël : « il semble bien que plus le médecin cherche de détails et de précisions, plus l'hystérique lui en fournit. Ce qui toutefois ne facilite pas l'élucidation de ce qui se déroule ». ISRAËL Lucien, *L'hystérique, le sexe et le médecin*, op.cit., p.22.

est devenue celle d'une maladie psychologique. Le statut de la fibromyalgie en tant que maladie *réelle*, plutôt qu'affection psychoculturelle, est soutenu vigoureusement par l'existence de critères définis, par des organisations de malades, par l'industrie pharmaceutique. Il y a aussi les enjeux sociaux de reconnaissance d'un statut de malade. La disparition de l'hystérie et la floraison concomitante de ces syndromes somatiques fonctionnels (et des troubles somatoformes dans la littérature psychiatrique) peut être appréciée par la bibliométrie : le mot clé « fibromyalgia » a indexé (dans *Pubmed*) un peu moins de 500 articles pour la décennie 1981-1990, 1500 articles dans la décennie suivante (1991-2000), 4200 pour la décennie 2001-2010 – et 599 articles pour la seule année 2017. Le mot clé « Non epileptic seizure » indexe, pour les mêmes décennies, respectivement 4500, 10000 et 17000 articles (environ) dans *Pubmed*¹⁹ !

Détaillons un peu plus l'exemple du syndrome de l'intestin irritable. Les critères diagnostiques sont ceux de Rome III²⁰ qui associent – au moins 3 jours par mois au cours des trois derniers mois – un inconfort digestif (ballonnement) plus ou moins douloureux (et soulagé par la défécation) et des variations qualitatives (consistance et fréquence) des selles (diarrhée et /ou constipation)²¹. Pas moins de 15% à 20% de la population seraient affectés de « troubles fonctionnels intestinaux », terme plus vaste encore, mais dont les critères sont moins stricts. C'est le premier motif de consultation chez un gastro-entérologue. Pourtant, le diagnostic est considéré (comme pour les autres syndromes somatiques fonctionnels) comme un diagnostic d'*élimination*²², ce qui suppose d'avoir pratiqué beaucoup d'exams, notamment des endoscopies digestives. Et encore ! Après de longues controverses, on admet actuellement qu'un syndrome somatique fonctionnel puisse être associé à une affection organique (par exemple, une spondylarthropathie inflammatoire doublée d'une fibromyalgie). Il faut rendre justice aux spécialistes de la nosographie qui tentent ici de tenir compte d'un problème pratique plutôt délicat : car quand le départage est complexe le médecin qui prend en charge la pathologie organique y perd souvent son latin ; il envisage par exemple d'intensifier le traitement de l'affection lésionnelle en songeant qu'elle n'est pas bien contrôlée ! Imaginons : un malade épileptique qui fait *aussi* des crises convulsives psychogènes, un patient atteint de maladie cœliaque qui a *aussi* des troubles fonctionnels intestinaux, un patient atteint de sclérose en plaques qui a des accès de parésie fonctionnelle... Mais reconnaître ces éventualités renvoie à la fragilité du critère qui voudrait que les symptômes ne peuvent s'expliquer *complètement* par les anomalies lésionnelles. Faire de l'asthénie un symptôme clé des maladies auto-immunes, est-ce grignoter sur le champ des somatisations (en attribuant sans discussion la fatigue à l'activité de la maladie), ou est-ce le début d'une reconnaissance légitime du retentissement psychosocial des maladies chroniques (avec le risque d'errements thérapeutiques toutefois) ?

¹⁹ Toutes ces données bibliométriques sont issues de recherches personnelles.

²⁰ Il faut comprendre : c'est la troisième version de critères définis lors d'une réunion d'experts internationaux qui s'est tenue à Rome.

²¹ La qualité des selles est différenciée en 7 types dits de Bristol qui vont des « billes dures » à la diarrhée purement liquide, et cela permet de déterminer des sous-groupes.

²² Sans jeu de mots scatologique ! L'expression diagnostique d'élimination est d'usage courant dans tous les domaines. Il s'agit toujours d'affections pour lesquelles on ne dispose pas d'un critère extérieur spécifique pour affirmer un diagnostic positif.

Conclusion de la première partie

Cette épidémiologie sommairement brossée indique une chose : pour la littérature médicale, les *vaporeux* et les *hystériques* sont invisibles, cachés dans des ensembles beaucoup plus vastes. En ce sens il s'agit bien d'une disparition. Bien évidemment, on pourrait objecter : qu'est-ce qui autorise à mettre en continuité hystérie et intestin irritable ? Ceux qui s'emploient à inventorier les « types de personnalité » peinent d'ailleurs à trouver une commune mesure entre tous les malades fonctionnels.

Si on en croit les spécialistes,

« Les causes et mécanismes du syndrome de l'intestin irritable sont multiples et en partie mal ou non élucidées. Le plus souvent on ne retrouve pas de facteur déclenchant évident à l'origine des symptômes. Il existe des facteurs dit périphériques (liés à l'organe ou à son contenu) et des facteurs centraux (liés aux contrôles des mécanismes douloureux par la moelle épinière et le cerveau) »²³.

On parle de pathologie *fonctionnelle* car les examens morphologiques ou biochimiques sont normaux, mais il faut constater l'insistance qui est mise sur la *réalité* du désordre, son inscription dans l'organe, cerveau compris.

Quelles sont les lignes interprétatives actuelles du syndrome de l'intestin irritable²⁴ ? On peut en distinguer cinq, non exclusives entre elles, mais qui justifient aussi par leur nombre le terme de dissémination ou de dilution de l'hystérie aujourd'hui. Leur multiplicité traduit aussi ce qu'on pourrait qualifier d'« inconfort épistémologique », symptôme visible qui témoigne à sa façon de la crise épistémologique qui sera traitée dans le prochain chapitre.

La première est de traquer le mécanisme de la dysfonction en-deçà du visible. En effet, l'absence de lésion anatomique à l'échelle macroscopique de l'organe ne suffit plus aujourd'hui à forcer la médecine à changer de registre. On étudie finement la motricité automatique intestinale, la sensibilité de la paroi à la distension, la qualité de la flore intestinale, les interactions neuro-humorales et neuro-immunitaires, pour y chercher le ou les facteurs étiologiques supposés organiser la physiopathologie de l'affection et rendre compte, dans les coordonnées du *Körper*, d'une maladie réelle plutôt que d'un *Leib* troublé. On cherche bien sûr aussi un coupable dans l'environnement : les tenants du régime sans gluten, du régime sans lactose, de la détoxification des métaux lourds, avancent leurs arguments respectifs. Bref, on cherche une explication qui soit légitime au regard de la biologie, ce que d'aucuns font équivaloir aux seules explications qui soient réellement « scientifiques »²⁵.

La seconde est de reconfigurer une certaine perspective psycho-somatique (qui consiste classiquement à imaginer une détermination psychologique aux dysfonctions d'organe²⁶) dans l'appréhension moderne des neurosciences : ici le *brain-gut axis*, l'axe cerveau-intestin,

²³ FORD Alexander C, TALLEY Nicholas J, « Irritable Bowel Syndrome in 2010 : advances in pathophysiology, diagnosis and treatment », *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology* 2011;8:76-8.

²⁴ On trouve des directions similaires pour la fibromyalgie et le syndrome de fatigue chronique.

²⁵ RANQUE B, NARDON O, « Prise en charge des symptômes médicalement inexplicables en médecine interne : un paradigme de la relation médecin-malade en situation d'incertitude », *Revue de médecine interne* 2017 ;38 : 458-466. C'est pourquoi la dénomination de « Symptômes médicalement inexplicables » renvoie à une conception réductrice de la science, de la médecine et de l'épistémologie médicale. Cf. chapitre IV.

²⁶ Notons qu'aujourd'hui sont souvent exclues des somatisations des affections considérées longtemps comme *Les* maladies psychosomatiques *stricto sensu* (asthme, eczéma, hypertension artérielle, pathologie coronarienne, ulcère gastro-duodénal).

complète les études fonctionnelles de l'organe par celles de sa régulation cérébrale. Ainsi, en plaçant un dispositif d'enregistrement de la pression (barostat) dans le rectum de sujets sains, de sujets atteints de côlon irritable (« avec ou sans troubles psychiatriques associés »), on étudie comment l'intestin réagit aux stimuli émotionnels véhiculés par des mots représentant l'angoisse, la tristesse, la colère, etc. Les mots de tous les jours impactent le tonus rectal, certains sujets y sont d'ailleurs plus sensibles que d'autres... Grâce au barostat rectal, aurait-on à présent la preuve scientifique de l'impact du signifiant linguistique sur le corps ? Les auteurs ne se hasardent pas sur cette voie, et indiquent plutôt des travaux qui tendent à montrer que la structure cérébrale est modifiée (trop de matière grise à tel endroit par exemple, ou trouble de l'intégration supra-spinale des messages sensitifs)²⁷.

La troisième est de requalifier le « facteur psy » en *traits de personnalité* ou en *comorbidités*, lorsque les patients satisfont aussi aux critères d'un trouble mental, notamment un des *Somatisation disorders* du DSM. On dira alors que les malades atteints de syndrome du côlon irritable ont des scores plus élevés que la moyenne pour certains traits (hypocondrie, méticuleux-obsessionnel, intolérance à l'incertitude...), mais aussi qu'on trouve des pourcentages significatifs de patients atteints d'un des troubles « somatisation » du DSM, ou encore qu'on trouve dans leurs antécédents plus de diagnostics antérieurs de trouble anxieux ou de dépression. Plus encore, tous les syndromes somatiques fonctionnels se recoupent entre eux : les symptômes associés renvoient aux autres entités définies, il y a des symptômes non spécifiques communs à tous, etc. Il ne faut pas comprendre le terme de comorbidités (malgré son étymologie) comme des maladies distinctes et combinées chez un même patient, mais comme la simple co-présence de jeux de critères complets permettant d'affirmer un trouble mental défini²⁸. Ainsi, « un trouble somatoforme » peut être associé à un « trouble dépressif caractérisé » ou à un « trouble anxieux », un « trouble de l'adaptation », un « trouble de la personnalité », un « trouble dissociatif ». On ne cesse, en voulant gagner en précision, de brouiller les pistes d'une autre manière : un trouble dépressif caractérisé, ou un trouble anxieux, peuvent en effet s'accompagner de plaintes somatiques. Comment faire alors la part des choses avec une comorbidité ? C'est le plus souvent l'évolution des symptômes qui le permettrait : par exemple une douleur qui disparaît avec le traitement de la dépression était une manifestation somatique de la dépression, et donc la dépression n'était pas une comorbidité d'un trouble somatoforme douloureux... CQFD !

La quatrième ligne interprétative concerne la requalification du stress, ce fourre-tout de la seconde moitié du XX^e siècle. Fourre-tout, car il est omniprésent et peut concerner aussi bien l'environnement que les émotions, aussi bien la réaction physiologique que la réaction psychologique²⁹. S'il est encore très présent dans les conversations communes, le stress est maintenant volontiers retraduit par le couple vulnérabilité/traumatisme. La vulnérabilité en médecine est davantage située du côté de l'individu et non du côté des conditions vulnérantes : l'individu souffrant d'intestin irritable (ou d'autres troubles fonctionnels) est en quelque sorte

²⁷ FORD Alexander C, TALLEY Nicholas J, « Irritable Bowel Syndrome in 2010... », art.cit.

²⁸ Et c'est la raison pour laquelle les classifications psychiatriques n'emploient plus le terme de maladie, mais de trouble.

²⁹ THURIN Jean-Michel, BAUMANN Nicole (dir), *Stress, pathologies et immunité*, Paris, Flammarion/Médecine-Sciences, 2003.

Conclusion de la première partie

insuffisamment équipé pour faire face par ses propres ressources aux difficultés de la vie moderne. Mais le traumatisme dont il est victime évite le blâme : les études se multiplient qui traquent l'abus dont a été victime, souvent dans l'enfance, l'adulte somatisant. Les « poussées » de la maladie sont associées aux « événements de vie » (promotion, deuil, mariage, séparation, etc.).

La dernière ligne interprétative s'attache aux comportements de maladie, là encore à l'union du psychologique et du social : les patients atteints d'intestin irritable recherchent davantage de soins, « consomment » du médecin et de la médecine, traversent des conflits familiaux ou professionnels, souffrent de manque de reconnaissance (non seulement de la part des médecins, mais aussi de la société, de leur entourage proche et des organismes d'assurance maladie). Ils se regroupent alors en associations d'entraide, d'autosupport, voire de lobbying, refusant surtout la psychologisation de leur trouble, dans laquelle ils voient une stigmatisation et un renvoi à leur propre responsabilité.

Que penser de ce foisonnement de pistes de compréhension ? D'abord, il faut constater l'absence de considérations intégratives : comment par exemple une conduite de maladie s'associe-t-elle à une anomalie de la motricité intestinale et à une personnalité hypochondriaque ? C'est le travers de la médecine d'aujourd'hui, diffractée en multiples spécialités et disciplines. Un autre constat est que la psychopathologie contemporaine s'est elle aussi dispersée, éparpillée. On ne trouvera plus aujourd'hui *un* modèle théorique de la somatisation. Chacun « braconne à sa guise »³⁰ pourrait-on dire, et ne cesse de balbutier. Mais on peut aussi en conclure que l'épistémologie qui oriente toutes ces pistes de recherche est marquée par une forme plus ou moins revendiquée de positivisme. La revendication est explicite pour toutes les pistes qui donnent la première place ou l'exclusivité aux programmes biologiques, et qui relèguent l'expérience vécue au rang de scorie. Mais elle est sous-jacente aux programmes qui, pour produire des résultats admissibles par la communauté médicale, calibrent les expériences en mesures quantitatives ou en *patterns* de comportements.

Le résultat concret dans la clinique est un immense malentendu, des frustrations et des colères de part et d'autre³¹. Les associations de malades, les chercheurs en sciences sociales, les militants du champ du handicap ou des études de genre, soulignent chacun à leur manière l'ampleur du malentendu. On reproche aux médecins leurs efforts pour inscrire les somatisations du côté de la machine organique, de réduire les malades au silence, d'avoir des préjugés de genre, etc. Du côté des médecins, on peut souligner le contraste saisissant entre d'un côté des travaux de recherche qui tentent d'asseoir la réalité des troubles dans le fonctionnement fin des organes ou dans le cerveau, et de l'autre le désarroi des praticiens souvent en panne de solutions thérapeutiques. Le malade « fonctionnel » a en effet mauvaise presse : en gros, c'est le malade pénible, qui n'a rien, qui consomme du temps et des

³⁰ FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », op.cit.

³¹ Kirkengen rapportent longuement le cas d'une femme de cinquante ans qui erre pendant des mois de médecins en cliniques à la recherche d'une explication à des douleurs invalidantes. KIRKENGEN Anna Luise, THORNQUIST Eline, « The lived body as a medical topic : an argument for an ethically informed epistemology », *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2012;18:1095-101. Quoiqu'elle tienne à la cause infectieuse, on ne peut s'empêcher de faire le parallèle avec le parcours de Mme Albertat. ALBERTAT Judith, *Maladie de Lyme. Mon parcours pour retrouver la santé*, Vergèze, Thierry Souccar Editions, 2012.

ressources, et avec qui l'échec est au rendez-vous... Il est également difficile, en clinique, d'évoquer devant un malade des représentations de maladies socialement construites et le rôle d'amplification des symptômes que jouent les médias, l'exemple de la « crise du Lévothyrox^o » au cours de l'été 2017 en témoigne. La difficulté pour le médecin clinicien est donc que le cadre nosologique des syndromes somatiques fonctionnels reste à la fois simpliste (des plaintes sans lésions) et complexe (le médecin doit avoir une perspective large sur les intrications entre le physique, le psychique et le social)³².

Si on ne veut pas se résoudre à la dispersion, il faut alors chercher des invariants, susceptibles non seulement de modifier nos représentations, mais aussi peut-être d'être à la source de nouvelles façons d'exercer la médecine³³.

Les invariants

Alors que ce qui précède donnerait plutôt raison à la perspective constructiviste, nous nous tournons à présent vers ce qui pourrait figurer comme invariants, presque hors contexte.

Un premier niveau se situe au niveau des descriptions fines, sémiologiques. Des « tableaux cliniques » ont reçu, à diverses époques, des interprétations variées, mais ce sont les *mêmes* traits sémiologiques.

Au-delà de ces descriptions symptomatiques on peut relever au fil de la lecture du livre de Sabine Arnaud, sans vouloir procéder à une énumération exhaustive, des « candidats » à figurer parmi les invariants qui traversent les époques, les déterminations socioculturelles et les concepts théoriques de la nosologie. Ainsi, la notion de perte de contrôle ressentie ou visible d'une partie du corps ou du corps tout entier : exacerbation (spasme, étouffements), vertiges, pâleurs, tremblements, etc. Un corps qui semble mener sa propre vie³⁴. Mais aussi, une adresse à autrui, que ce soit dans ce qui est donné à voir mais aussi parfois donné à entendre (des cris par exemple) ou à lire (correspondance). En résumé, quelque chose qui touche à la fois le rapport au corps et la demande, le rapport à l'autre, donc aussi la parole et le langage. Et encore, la porosité du champ médical à son époque, la pulsion épistémophilique des médecins : diagnostiquer et classer, mais aussi faire entrer dans le giron de la discipline tout ce qui relève du corps (contre la religion par exemple) ; l'hésitation entre sexe et cerveau, ou plutôt entre le sexuel et le mental (et aujourd'hui entre le corporel et le mental), comme candidats à l'origine des troubles, ce qui pourrait rendre compte en partie des trébuchements itératifs du savoir médical : il y a dans le corps des potentialités dont la médecine ne veut/peut rien savoir. Car on constate aussi ce qui contraste avec la pulsion épistémophilique : une longue histoire d'échecs, ou en tous cas de hiatus, de méconnaissance. Comme si le savoir convoqué n'était jamais au rendez-vous, qu'il était voué à manquer son but. Une résistance au savoir donc, mais aussi à la thérapie, malgré la suggestibilité apparente, maintes fois mentionnée. Les médecins ont recours

³² Pour accueillir et prendre en charge les patients, le médecin doit lutter contre la tentation de s'en tenir à des syllogismes fallacieux, tels qu'on peut les résumer : si c'est physique, il doit y avoir une cause organique ; or les examens sont normaux, donc c'est dans la tête (autrement dit, le malade est un menteur ou un malade mental).

³³ La psychanalyse a été une tentative, mais elle n'a pas fécondé suffisamment la médecine somatique.

³⁴ Cf. Chapitre I, Les vies du corps.

Conclusion de la première partie

alors à des expédients : soupçons de manipulation ou de mensonge, analogies avec le caméléon, Protée, ou encore l'hydre etc., bref la méfiance, le discrédit, le dédain, le rejet ne sont jamais loin. C'était vrai des vapeurs, de l'hystérie, et aujourd'hui des syndromes somatiques fonctionnels. Et si les somatisations sont séparées dans la nosographie des simulations à proprement parler, exceptionnelles en médecine courante, il faut néanmoins les évoquer : l'accueil réservé aux patients somatisants par certains médecins est tel que le malade se sent soupçonné de simuler (« vous n'avez rien »), c'est-à-dire d'inventer des plaintes qu'il ne ressentirait pas réellement dans son corps (« c'est dans la tête »). Or le malade somatisant doute souvent lui-même, non seulement de la gravité des symptômes qu'il éprouve, mais même de leur signification lésionnelle. Il ne sait pas toujours comment formuler sa plainte de telle façon que le médecin s'en fasse une idée « juste », appropriée. Certains malades sont des taiseux, d'autres ont une propension à la logorrhée. Mais presque tous tendront à insister si leur interlocuteur médecin fait la sourde oreille. En rajouter sur l'intensité douloureuse, ou sur le retentissement fonctionnel d'un autre symptôme, ne doit pas être confondu avec la simulation, étiquette qu'on réserve à une conduite délibérément mensongère.

Cet échec – assez cuisant – de la médecine a été thématiquement par Freud (*Die Frage der Laienanalyse*) : à la faculté, l'attention du médecin est dirigée vers « des faits objectifs démontrables, d'ordre anatomique, physique, chimique ». « Le problème de la vie (*das Problem des Lebens*) y est ramené à ce point de vue », et « l'étude du fonctionnement supérieur de l'âme et de l'intelligence n'a rien à voir avec la médecine », et même la psychiatrie « recherche les conditions corporelles des troubles psychiques ». Freud ne lui en fait pas grief, tant qu'il s'agit de science, car toute science est unilatérale (*einseitig*) et réductrice. Par contre, quand il s'agit non plus de la science, mais de « l'art pratique de guérir » (*die praktische Heilkunde*), l'unilatéralité devient fautive³⁵.

J'ajoute de mon expérience d'autres traits partagés entre les malades, d'autres invariants donc. Quand on porte une attention particulière à la manière dont s'est constitué, le plus souvent par étapes, le tableau clinique devenu ultérieurement chronique, se dégage alors certes une trajectoire singulière, mais dans laquelle la manière dont les premiers signes ont été explorés (ou non), expliqués (ou non) par les médecins rencontrés en premier a joué un rôle déterminant. Un autre point commun est l'état qui a précédé ce qui est rapporté après coup comme le déclencheur : les malades dont l'épisode infectieux aigu a mal tourné et qui « basculent » dans un syndrome de fatigue chronique n'allaient déjà pas bien *avant*. Surmenés, en souffrance au travail, ou traînant une humeur vaguement dépressive, l'événement corporel, qui n'était pas forcément grave en soi, semble avoir catalysé un effondrement global du sujet dans la maladie chronique. Se focaliser sur les aspects somatiques peut avoir la fonction défensive (à ne pas négliger ni renverser brutalement par un constat de normalité qui est vécu comme une violence faite à cette défense) de se maintenir en quelque sorte à distance de la détresse psychique : être atteint d'une maladie physique permet de garder une contenance psychique et de ne pas perdre la légitimité sociale (entourage familial, contexte de travail), dans un monde devenu rude³⁶. Car un autre point commun encore apparaît souvent quand on

³⁵ FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », op.cit., p.1-92.

³⁶ Les consultations pour les problèmes de fatigue chronique ou de fibromyalgie sont ainsi des observatoires privilégiés des corollaires de la modernité, en tant qu'elle ne cesse de produire des « humains mis au rebut » en

Conclusion de la première partie

l'explore : celui de l'incompréhension des proches vis-à-vis de la baisse des « compétences et performances » attendues dans les domaines les plus variés – sauf quand le parent ou le conjoint soutient totalement la cause du malade. Enfin, il est fréquent de pouvoir retrouver et nommer des points d'ancrage organiques (par exemple, des tendinites qui n'en finissent pas de ne pas guérir, un canal lombaire étroit, un début de neuropathie périphérique, un sommeil déstructuré par des hypopnées³⁷) sur lesquels se greffent un état global de mauvaise santé, aggravé par les difficultés psychiques latentes (qui ne s'améliorent pas du fait de la douleur physique et de la fatigue, bien au contraire) et d'un positionnement général douloureux ou difficile dans l'existence (amours, famille, amis, travail...). La rumination de pensées morbides et d'émotions négatives est vécue par les malades comme une conséquence inévitable des symptômes physiques (« il y a de quoi déprimer et s'angoisser » !), et pas comme un facteur majeur d'entretien du mal. Ceci nous renvoie aux cas mixtes de Freud dont nous avons parlé³⁸, mais aussi, sur un mode beaucoup moins anodin, à ces maladies diplomatiques de l'enfance³⁹, où le petit décalage thermique provoqué par une virose banale fournit l'occasion d'inaugurer de nouvelles modalités d'être au monde, d'être aux autres et à soi⁴⁰.

Dans ces situations concrètes, courantes, quotidiennes, tout ne trouve pas place dans le discours de la médecine scientifique, et c'est vrai au-delà du cadre des somatisations, qui met cela en pleine lumière : le malade ne dit pas tout, il prend des décisions contraires à l'intérêt de sa santé, il peut se laisser aller à être malade, il attribue un sens bizarre à la survenue de sa maladie, il ne prend pas forcément les médicaments prescrits, il peut manquer de confiance et l'accorder à un charlatan, il suscite des émotions, des sentiments qui viennent perturber l'objectivité du médecin... Ces considérations ont été mises hors du discours médical académique. Le médecin peut-il néanmoins les inclure au lieu de les exclure ? Il me semble qu'il n'a guère le choix, il est requis de les inclure.

surnombre" », selon l'expression de Baumann. BAUMAN Zygmunt, *Vies perdues. La modernité et ses exclus* (2004), Paris, Payot et Rivages, « Petite Bibliothèque », 2009, p.17.

³⁷ Freud le signale dans les études sur l'hystérie : « dans la plupart des algies hystériques qu'il m'a été donné d'observer, les choses se passaient de manière analogue : une douleur d'origine réellement organique avait réellement existé au début ». FREUD Sigmund, BREUER Joseph, *Études sur l'hystérie*, op.cit., p.139. Il s'en ouvre également dans sa correspondance à Ferenczi, quand il discute par exemple du cas d'une femme qu'il a « prise en traitement pour des symptômes hystériques, mais ceux-ci pouvaient tous être rattachés à de légers troubles et sensibilités organiques ». FREUD Sigmund, FERENCZI Sandor, « *Correspondance Tome I, 1908-1914* », Paris, Calmann-Lévy, 1992, p.67.

³⁸ En médecine générale, et dans les autres disciplines de médecine somatique, ces « cas mixtes » sont la règle plus que l'exception. Les tableaux cliniques sont toujours mélangés. A l'envers des syndromes somatiques fonctionnels, l'altération corporelle peut d'ailleurs être grave, nécessiter des traitements lourds sans que doive être oubliée de la prise en charge médicale ce qui en résulte pour le sujet qui s'en voit affecté. J'imagine possible dans un grand nombre de cas de prévenir l'installation d'une somatisation compliquant une affection somatique chronique, en prenant d'emblée en compte toutes les dimensions mobilisées dans une perspective centrée sur la personne plutôt que sur la maladie.

³⁹ Cela ne s'arrête pas à l'âge adulte. Voici un exemple : Ferenczi écrit (27 juin 1910) à Freud qu'il a souffert d'embarras gastrique (il mourra en 1933 d'anémie pernicieuse, et avait souffert aussi de maladie de Basedow, donc on peut supposer une atteinte gastrique authentiquement lésionnelle). « Malheureusement, c'étaient justement les jours que je voulais consacrer au voyage à Vienne ; je veux espérer que le complexe fraternel [jalousie à l'égard d'autres élèves de Freud] n'avait aucune part dans ce malaise digestif ». FREUD Sigmund, FERENCZI Sandor, « *Correspondance Tome I, 1908-1914* », op.cit., p.193.

⁴⁰ Par exemple, en manquant l'école, en profitant d'une maman aux petits soins, en étant dispensé des tâches ménagères, voire en cultivant les premières graines du spleen adolescent, etc.

Conclusion de la première partie

Si on tente à présent de monter encore en généralité, on retrouve ce que nous avons déjà présenté : il y a une rencontre inévitablement ratée entre corps et médecine, ou plus précisément entre nature du corps et savoir scientifique. Moins il y a d'accroche organique du symptôme, moins il peut être référé à une lésion connue, et plus le somatisant, le vaporeux, l'hypocondriaque, l'hystérique, le fibromyalgique, l'électrosensible, donne à voir une figure épurée de ce corps (désigné comme pulsionnel, érotique, auto-affirmatif, normatif pour Canguilhem) dont la médecine voudrait ne rien savoir : c'est en cela que les symptômes peuvent être dits « médicalement » inexpliqués. Nous prolongerons ces remarques dans la partie suivante de la thèse: la rencontre rate aussi entre l'*hubris* corporelle et la médecine chargée de la contenir (cf. Chapitre VI).

On se rapproche alors de la nature de l'animal humain. Pour Nietzsche, l'homme est un animal dont le caractère propre n'est pas encore fixé⁴¹. Pour Marx

« L'animal s'identifie directement avec son activité vitale. Il ne se distingue pas d'elle. Il est cette activité. L'homme fait de son activité vitale elle-même l'objet de sa volonté et de sa conscience. (...) Ce n'est pas une détermination avec laquelle il se confond directement »⁴².

Selon Gehlen, l'être humain pour exister **physiquement** a aussi besoin de culture, parce qu'il n'est pas dans un rapport d'adaptation ou d'intégration organiques à de quelconques sphères naturelles⁴³. Pour Paolo Virno il n'y a pas de correspondance biunivoque entre le « déferlement de stimuli » provenant du milieu et les actions nécessaires pour préserver et consolider notre vie. Nos impressions perceptives ne nous dictent pas des comportements univoques : il y a donc une nécessité anthropo-biologique de se représenter ses propres représentations, de se détacher de sa propre vie pour continuer à vivre, « de se projeter au-delà de l'ici-et-maintenant afin de pouvoir le saisir ». L'organisme biologique **n'est donc pas sans** la relation qu'il tisse avec le contexte historique, social et culturel, tout en lui étant distinct⁴⁴.

Dans des conditions normales, routinières, la culture – dans son application médicale ici – s'applique à stabiliser l'« animal indéfini », à adoucir ou à voiler sa désorientation : les troubles sont nommés, identifiés, ils relèvent de tel diagnostic et de tel traitement.

Les syndromes somatiques fonctionnels saisis *in statu nascendi*, à l'état de perceptions ou de manifestations en cours d'interprétation, sont des phénomènes qui expriment à leur façon et de manière critique l'inadéquation de l'animal humain à son environnement (et donc à ses exigences, qu'elles soient éprouvées au travail – productivité facteur de fibromyalgie –, en société – performance, rendement qui fatiguent, beauté, santé qui rendent problématique tout symptôme de raté corporel). Ce sont des crises d'une forme de vie, des crises dans l'usage de la vie⁴⁵. Elles prennent des allures diverses en fonction de l'époque et du lieu⁴⁶. En langage

⁴¹ NIETZSCHE Friedrich, *Par delà bien et mal...*, op.cit., § 62.

⁴² MARX Karl, *Manuscrits économique-philosophiques de 1844*, trad. Franck Fischbach, Paris, Vrin, 2014.

⁴³ GEHLEN Arnold, *Essais d'anthropologie philosophique*, Paris, Editions de la Maison des sciences de l'homme, 2009, p.18.

⁴⁴ VIRNO Paolo, *Et ainsi de suite – La régression à l'infini et comment l'interrompre*, trad. Didier Renault, Paris, L'Eclat, 2013, p.54-5.

⁴⁵ VIRNO Paolo, *L'usage de la vie...*, op.cit.

⁴⁶ Virno : « L'usage de soi se fonde sur le détachement de soi. Il prend racine dans l'incapacité à se conformer à l'environnement dans lequel nous sommes néanmoins situés et aux pulsions psychiques qui tour à tour nous

freudien, ce sont des symptômes du malaise dans la culture⁴⁷. En fait, ce sont tout autant des crises d'une forme de vie que des réponses-remèdes par l'élaboration de nouveaux comportements, qui se diffusent comme des niches rassurantes mais stéréotypées : les malades finissent par ressembler aux archétypes que diffuse la Toile.

En tant que label médical ou social, les syndromes somatiques fonctionnels sont une réponse, imparfaite certes, à la crise elle-même, un remède provisoire à la désorientation, une manière de domestiquer ce qui trouble l'ordonnement du cours de la vie. La nosographie et le système de santé instituent de nouvelles niches culturelles, capables d'occulter provisoirement, mais une fois de plus, la propension chaotique. Ainsi, l'inscription dans la nosographie des maladies somatiques peut donner une cohérence aux symptômes, une légitimité à la plainte, et disculper le sujet par rapport à ce qui lui arrive, en apaisant son angoisse. Mais le savoir médical est lui-même touché par la désorientation. Khushf parle de « mismatch » épistémologique entre le témoignage du malade comme preuve et les autres formes de preuve obtenues par le médecin⁴⁸.

Les syndromes somatiques fonctionnels en tant que phénomène dont la prévalence va crescendo sont un des marqueurs de la modernité, laquelle impose comme qualités la flexibilité, la polyvalence, l'interchangeabilité, autrement dit un monde où « l'invariant biologique est mis à l'ordre du jour », sapant à la base tous les édifices institutionnels, les pratiques de métier, les habitudes qui ont été les remèdes provisoires de l'inadaptation foncière⁴⁹. Helmut Rosa y repère les indices d'une accélération du changement social, définie comme « une augmentation du rythme d'obsolescence des expériences et des attentes orientant l'action »⁵⁰. La fatigue chronique peut être aussi vue comme le symptôme des difficultés d'adaptation au fait que

« Les qualités biologiques requises de l'*Homo sapiens* (faculté de langage, non-spécialisation, néoténie, etc.) coïncident point par point avec les catégories sociologiques les plus significatives (force de travail, flexibilité, formation continue, etc.). L'appareillage institutionnel qui tenait en bride une part importante de l'incertitude, est le lieu même du débridement »⁵¹.

Autrement dit, ces situations si fréquentes en médecine renvoient aussi bien à l'histoire intime du patient qu'aux invariants de sa nature humaine, tout en subissant les influences sociales, culturelles et historiques qui en colorent l'expression. La réponse du médecin à la

dominant. Ce qui est utilisé, c'est une existence à laquelle on ne peut pas toujours s'identifier, qui ne se possède pas entièrement et qui, sans être vraiment étrangère, n'est pas non plus complètement familière. L'usage de la vie apparaît là où la vie se présente comme une tâche, et en même temps comme l'instrument qui permet de s'en acquitter. Dit autrement : l'usage de la vie concerne l'espèce qui, en plus de vivre, doit rendre possible sa propre vie ». VIRNO Paolo, *L'usage de la vie...*, op.cit., p.19.

⁴⁷ FREUD Sigmund, « Le malaise dans la culture » (1930), trad. P. Cotet, R. Lainé, J. Stute-Cadiot, *Ceuvres Complètes Tome XVIII 1926-1930*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994, p.245-333.

⁴⁸ KHUSHF George, « A framework for understanding medical epistemologies », *Journal of Medicine and Philosophy* 2013;38:461-486.

⁴⁹ Et on pouvait en dire autant du neurasthénisme fin XIX^e siècle. cf. ASSOUN Paul-Laurent, « Jouissance du malaise. L'hypermoderne à l'épreuve de la psychanalyse », in AUBERT Nicole (dir), *L'individu hypermoderne* (2004), Toulouse, Erès, 2017, p.139-58. De nombreuses contributions dans cet ouvrage vont dans le même sens : l'excès (recherché ou exigé) est fatigant pour l'individu hypermoderne.

⁵⁰ ROSA Harmut, *Accélération. Une critique sociale du temps* (2005), trad. Didier Renault, Paris, La Découverte, 2010, p.62 sq. et 101.

⁵¹ VIRNO Paolo, *Et ainsi de suite - La régression à l'infini et comment l'interrompre*, op.cit., p.58-9.

Conclusion de la première partie

demande qui lui est adressée ne sera pas adéquate sans prendre en compte le fait que la maladie offre aussi le secours, bien encombrant il est vrai, d'une identité solide, et avant cela, sans prendre en compte que les fonctions corporelles traduisent, expriment au ras du corps les effets physiques des discours et autres dispositifs qui façonnent les sujets. Le secours procuré est de contenir l'angoisse d'être exposé à l'indétermination du monde, en constituant des canaux d'usages, de coutumes, d'habitudes consolidées, comme autant de protections, des codes pour s'orienter face à la contingence et à l'imprévu. Peut-être convient-il d'envisager aussi l'aspect sempiternel que prennent parfois les plaintes de certains de ces malades comme une tentative de contenir le désastre, ou encore comme l'attente insistante que son ampleur soit reconnue, voire comme le désir que des paroles nouvelles soient entendues. La répétition oscille en effet entre Erôs (un désir de refaire à neuf) et Thanatos (manège mortifère de destructivité).

Symptôme de la médecine en tant qu'ils signalent un trébuchement de son savoir et de son pouvoir, les « syndromes somatiques fonctionnels » exacerbent les aspects inconfortables d'une pratique vouée à rencontrer les corps parlants. Nous continuerons à les mentionner au cours de ce travail, chaque fois qu'ils peuvent servir de loupe grossissante à des phénomènes qui traversent la pratique clinique de manière trop discrète pour être facilement repérables. On ne saurait trop minimiser les controverses qui en résultent, que certains s'efforcent d'éteindre à grand renfort de « recommandations fondées scientifiquement », de faits qui devraient mettre fin aux mythes⁵². Que des mythes, des mystères, des énigmes (l'union de l'âme et du corps chez Descartes, le corps parlant chez Lacan) travaillent la pratique médicale jusqu'à l'os peut inviter au contraire à une double ouverture : une curiosité qui s'élargit de la machine corporelle à ce qui la détermine dans une pluralité de registres et une ascèse – risquons le terme – qui s'élabore progressivement du frayage dans des zones marquées par l'incertitude. Ni la curiosité ni l'ascèse ne résultent d'un choix *a priori*. C'est la clinique du cas qui y incite ardemment. En cela elle est le véritable laboratoire où se fomentent une médecine pour les corps parlants. Que la rencontre soit dite impossible ne fait qu'affirmer qu'il n'y a pas de rapport naturel entre la médecine et les corps parlants.

⁵² HÄUSER Winfried, FITZCHARLES Mary-Ann, « Facts and myths pertaining to fibromyalgia », art.cit.

DEUXIEME PARTIE

CRISES ET CRITIQUE DE LA CLINIQUE

« Nous voguons sans cesse entre l'objet et sa démystification, impuissants à rendre sa totalité : car si nous pénétrons l'objet, nous le libérons mais nous le détruisons ; et si nous lui laissons son poids, nous le respectons, mais nous le restituons encore mystifié. Il semblerait que nous soyons condamnés pour un certain temps à parler toujours excessivement du réel ».

Barthes¹

« La médecine est-elle donc engagée dans un combat perdu d'avance contre une scientificité biologique toujours plus sûre d'elle-même et le patient, condamné à n'être plus qu'un objet aux mains des spécialistes ? »

Morange²

¹ BARTHES Roland, *Mythologies* (1957), Paris, Seuil, « Points Essais », 2014, p.272.

² MORANGE Michel, « Retour sur le normal et le pathologique », in FAGOT-LARGEAULT Anne, DEBRU Claude, MORANGE Michel, HAN Hee-Jin (dir), *Philosophie et médecine. En hommage à Georges Canguilhem*, Paris, Vrin, 2013, p.165.

La médecine clinique est critiquée, et elle est en crise¹. Où va la médecine ? Périodiquement la question est posée, la médecine et sa pratique sont sur la sellette. Peut-elle répondre de sa théorie, ou des théories qui l'orientent ? Mais est-elle encore orientée ? La « crise » de la médecine ne signale-t-elle pas sa désorientation ? On adopte volontiers l'idée du caractère récent de cette crise, dont le film de Puiu est une illustration. Foucault par contre situait son point de départ au XIX^e siècle². Pour notre part, sans vouloir méconnaître ce que notre actualité procure comme contexte inédit, nous sommes plus enclins à y lire les modalités contemporaines d'une maladie chronique, qui affecte la médecine depuis ses débuts. Non pas une crise passagère, dont émergerait une médecine définitivement nouvelle, mais l'énième transformation d'une structure depuis toujours bancal³. La médecine est et reste fragile, et c'est pourquoi il importe de reconnaître son état, pour que les transformations qu'elle subit aujourd'hui ne signifient pas sa disparition. Si c'est une maladie chronique, on ne peut en effet méconnaître qu'elle connaît une phase d'acutisation inquiétante.

Dans *l'Archéologie du savoir*, Foucault envisageait la médecine comme une formation discursive⁴. Selon lui la médecine (clinique) n'est pas une science, pour plusieurs raisons :

« elle ne répond pas aux critères formels et n'atteint pas le niveau de rigueur qu'on peut attendre de la physique, de la chimie ou même de la physiologie ; mais aussi parce qu'elle comporte un amoncellement, à peine organisé, d'observations empiriques, d'essais et de résultats bruts, de recettes, de prescriptions thérapeutiques, de règlements institutionnels »⁵.

En 1976, Pellegrino s'interrogeait sur la possibilité d'ajouter un nouveau domaine à la philosophie, celui de la philosophie de la médecine (comme il existe une philosophie de l'histoire, du droit ou de la science)⁶. Il constate que la médecine tire une bonne partie de ses méthodes, de sa logique, de sa théorie, des sciences physiques et biologiques, mais qu'elle est aussi une praxis au sens aristotélicien du terme (i.e. une connaissance qui s'applique aux finalités humaines) et pourrait être classée parmi les technologies. Comme elle entreprend de modifier les conduites individuelles et collectives, elle a des racines dans les sciences du comportement, mais comme elle opère par une relation orientée vers l'aide apportée pour la meilleure santé d'une personne, elle relève du domaine de l'éthique et des humanités⁷. Toujours en dérivation, sa philosophie pourrait n'être qu'un agrégat d'une philosophie de la biologie, d'une philosophie de l'esprit, et d'une morale. Mais si on ressaisit la médecine

¹ Adrien Duprez parlait même de « médecine traumatisée ». DUPREZ Adrien, *La médecine du XXI^e siècle sera-t-elle humaine ? Essai thérapeutique pour une médecine traumatisée*, Paris, Editions Médicales Internationales, 1988. (Nous ne partageons ni son diagnostic, ni ses traitements).

² FOUCAULT Michel, « Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine ? », art.cit.

³ On pourrait ainsi dresser une série de parallèles entre ce que Frédéric Worms dit de la démocratie et de ses maladies chroniques, et qui vaudrait comme diagnostic sur la médecine. WORMS Frédéric, *Les maladies chroniques de la démocratie*, Paris, Desclée de Brouwer, 2017.

⁴ Ce terme évite des « mots trop lourds » comme science ou idéologie. Une formation discursive suppose des règles, des conditions de répartition des objets, des modalités d'énonciation, des concepts, des choix thématiques, etc. FOUCAULT Michel, *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard, 1959, p.53.

⁵ Ibid., p.236.

⁶ PELLEGRINO Edmund D., « Philosophy of medicine : problematic and potential », *Journal of Medicine and Philosophy*, 1976, 1 (1): 5-31.

⁷ Ibidem.

comme une théorie pratique de la réalité humaine, la médecine doit être distinguée comme science, art, et praxis⁸. La recherche d'un fondement unique ne parvient pas à sa solution.

Les moyens d'agir de la médecine contemporaine nécessitent davantage de connaissances scientifiques et de savoir-faire techniques. Nul médecin ne peut plus prétendre embrasser suffisamment de connaissances pour s'occuper de tout malade. La pensée positiviste et technicienne forme le bain culturel de la formation des étudiants. Le rapport au corps a changé : bien de prestige et objet de consommation à la fois, générateur de nouvelles demandes adressées à la médecine, demandes qui tendent à devenir des exigences et des revendications. La médicalisation de la vie quotidienne est sans précédent, depuis la naissance jusqu'à la mort. La croissance des possibilités techniques et la dimension collective des décisions à prendre, puisque l'hygiène et la santé sont des affaires qui concernent l'Etat, confèrent aux problèmes médicaux des enjeux socio-économiques et politiques. Du coup, une évaluation est requise dans des domaines de plus en plus nombreux, qui excèdent le champ strict de la science du corps vivant⁹. La médecine est pressée de se justifier de son action, de donner des gages de légitimité de son intervention sur le vivant qui soient autre chose qu'une métaphysique et une morale. La clinique qui a lieu, telle que nous l'avons décrite dans la première partie, semble bien (trop) précaire.

Il y a peut-être eu, pendant une courte période, au moment de la biologie triomphale et des progrès thérapeutiques qu'elle annonçait, la possibilité d'affirmer, avec une prétention qui passait pour légitime, que : « la médecine est une science, qui a pour objets l'homme et les maladies de l'homme » ; et que la « dispute scholastique sur la nature de la médecine » était périmée¹⁰. Pour Jean Bernard qui écrivait cela en 1973, la médecine ne méritait ce rang que depuis quelques années. Objectivité et constante recherche sont les deux vertus majeures de la médecine en tant que science¹¹. Si quelques médecins illustres ont tenu des propos similaires, l'affirmation du statut scientifique de la médecine n'a jamais vraiment cessé d'être questionnée, et le paysage médical contemporain offre un décor assez contrasté. Toutefois, une dominante est apparue : la médecine fondée sur des faits prouvés, *Evidence-Based Medicine* (EBM), comme réponse à la crise épistémologique du fondement. Nous verrons que cette réponse n'est que partielle.

Dans cette seconde partie, nous présentons certains aspects de la crise de la médecine, en suggérant par moments des premières tentatives de réponse. Nous distinguerons ainsi une crise épistémologique, qui est un questionnement sur le fondement et la légitimité de la médecine, sur son statut par rapport à la science. La mouvance EBM est exemplaire de ce moment critique (chapitre IV). Puis nous examinerons la crise de la finalité en interrogeant la concurrence de deux courants (médecine personnalisée et médecine centrée sur le patient) pour viser des soins individualisés, et l'emploi de la notion de rapports bénéfiques/risques, devenu central dans la décision médicale : quel est, qui est, qu'est le destinataire des soins (chapitre V)? Suivront ensuite l'examen de plusieurs facettes de ce qu'on pourrait appeler une crise des pouvoirs

⁸ Ibidem.

⁹ CHOUAID C, MOREL M, CANIS L, VIEL E, « Qualité et accréditation dans les établissements de santé », *Presse Médicale* 1998 ; 27:166-171.

¹⁰ BERNARD Jean, *Grandeur et tentations de la médecine*, Paris, Buchet & Chastel, 1973, p.313.

¹¹ Ibid., p.314.

(chapitre VI). Si le pouvoir du *cure* se trouve contesté par le mouvement du *care*, la thérapeutique par le *prendre soin*, le point crucial est une ambiguïté inhérente à l'essence de la médecine : comment une pratique, dévolue à limiter les dégâts de la démesure corporelle peut-elle s'exercer sans que le contrôle qui en résulte n'entrave la liberté ? Prise dans les rets de la santé publique, comment la médecine peut-elle prétendre au souci de chaque un ? La médecine est-elle capable, en se fondant sur sa propre logique, de tempérer son zèle à faire du bien comme à surveiller ? Mais comment entendre la limitation de l'offre de soins, dont nous verrons qu'elle ne se situe pas que dans le registre économique et gestionnaire ? Comment articuler fiabilité et dépendance, liberté du malade et liberté du médecin ? Enfin, sous le titre de « crise de l'information » (chapitre VII), nous ferons le point sur la clinique au temps de l'Internet : ce sera l'occasion de revenir sur la question de la connaissance et de la légitimité par une autre voie que celle empruntée au chapitre IV.

Ces crises se renvoient l'une l'autre, ce sera visible. Il y aura donc, inévitablement, des développements qui renvoient d'un chapitre à l'autre. Nous y mêlons des critiques formulées du dehors et du dedans, parmi lesquelles nos propres critiques.

CHAPITRE IV. UNE CRISE EPISTEMOLOGIQUE

« Ainsi toute la philosophie est comme un arbre, dont les racines sont la métaphysique le tronc est la physique, et les branches qui sortent de ce tronc sont toutes les autres sciences, qui se réduisent à trois principales, à savoir la médecine, la mécanique et la morale ».

Descartes¹

« La liberté, ce serait de ne pas choisir entre le noir et le blanc, mais de tourner le dos à ce choix imposé ».

Adorno²

« Beaucoup de choses nous paraissent solidement fixées et retirées de la circulation. Elles sont, pour ainsi dire, poussées sur une voie de garage ».

Wittgenstein³

¹ DESCARTES René, *Les principes de la philosophie*, Oeuvres complètes publiées par Victor Cousin Tome III, Paris, FG Levrault, 1824, p.24.

² ADORNO Theodor W, *Minima moralia, réflexions sur la vie mutilée* (1951), trad. Eliane Kaufholz et Jean-René Ladmiral, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2003, p.178.

³ WITTGENSTEIN Ludwig, *De la certitude*, Paris, Gallimard, 2006, p.68.

Qu'est-ce que la médecine ? On pourrait songer que la question est entendue ! Et pourtant, on trouve encore aujourd'hui des affirmations contradictoires à ce sujet¹. Si les débats se cristallisent sur l'opposition art/science, d'autres positions se font entendre. Ainsi, Broadbent affirme que la réponse spontanée à la question est : « *medicine is the business of curing sick people* », et qu'elle ne convient pas d'une part parce que les médecins n'y parviennent pas bien, d'autre part parce que si on qualifie de médecine le projet et l'effort de guérir, alors tout malade devrait être appelé docteur. Selon lui, la médecine doit être plutôt définie en son essence par ses compétences spécifiques, théorique (comprendre les maladies) et pratique (prédire le devenir de l'état de santé)². Metz par contre estime que la première réponse à la question est : *medicine is the « project of curing (in the sense of mitigating harms of) injuries and illnesses »*³. Si elle ne parvient pas à guérir autant qu'elle le souhaite, c'est à cause d'une compréhension encore imparfaite des faits (chimiques, biologiques et psychologiques) qui fondent la santé et la maladie.

A. ETAT DE LA QUESTION

Nous prendrons comme point de départ pour situer cette crise épistémologique le texte de Jean Gayon intitulé « *Epistémologie de la médecine* » dans le *Dictionnaire de la pensée médicale* paru en 2004⁴. Texte d'un format court qui va à l'essentiel, rédigé par un spécialiste de la question, exotérique dans son adresse, et il peut constituer une base de réflexion utile, en tant que reflet d'un certain état des lieux, provisoirement stabilisé, sur la question du statut épistémologique de la médecine. L'enjeu est loin d'être seulement académique ; il est de pouvoir situer, dans un paysage critique, les fondements de l'intervention de la médecine sur le vivant humain, et d'en légitimer les modalités.

Partant des deux sens précis du terme « épistémologie » (théorie de la connaissance et philosophie des sciences) Jean Gayon consacre l'essentiel de son texte à la place de la médecine dans les sciences, et discute de savoir si la médecine est une science : si elle ne l'est pas, si elle *n'est qu'*une technique ou un art, alors c'est l'idée même d'une épistémologie de la médecine qui devient problématique dans la mesure où serait incongrue en général une épistémologie des techniques. Quelles sont les objections à l'affirmation de la médecine comme science ? La justification de la médecine n'est pas la connaissance pour elle-même, mais la thérapeutique vis-à-vis de laquelle « la connaissance, notamment la connaissance théorique, est un but subordonné »⁵. Une épistémologie spécifique à la médecine soulève la question de ses rapports à la biologie, à laquelle elle est de plus en plus étroitement associée dans « la recherche biomédicale fondamentale », mouvement émergeant que Gayon nomme la

¹ Poirier relate quelques étapes historiques de cette question. POIRIER Jacques, *La médecine est-elle un art ou une science ?*, Paris, Académie des sciences, 2004.

² BROADBENT Alex, « Prediction, Understanding, and Medicine », *Journal of Medicine and Philosophy* 2018; 43: 289-305.

³ METZ Thaddeus, « Medicine without Cure?: A Cluster Analysis of the Nature of Medicine », *Journal of Medicine and Philosophy* 2018;43: 306-312.

⁴ GAYON Jean, « Epistémologie de la médecine », in Dominique LECOURT (dir) *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2004, p.430-439.

⁵ *Ibid.*, p.431.

« fondamentalisation » de la médecine⁶. Car en effet de deux choses l'une : soit les sciences biomédicales sont entièrement biologiques et l'épistémologie de la médecine *est* alors l'épistémologie de la biologie ; soit elles ne le sont pas et « cela signifie que l'objet paradigmatique de la médecine – la maladie⁷ – échappe au mode d'intelligibilité ordinaire des phénomènes biologiques ». Dans ce dernier cas, la priorité de toute épistémologie de la médecine est « d'élucider la signification et la validité » de l'autonomie intrinsèque de la médecine par rapport à la connaissance biologique⁸. Ces objections sont étroitement liées, et pour Gayon, deux arguments servent à revendiquer l'autonomie de la médecine par rapport à la biologie : la médecine est d'abord un art ; son objet est la maladie.

« La connaissance médicale, à la différence des sciences naturelles, est entièrement subordonnée à un art de prévenir, soulager et guérir »⁹. Cette affirmation est argumentée en faisant appel à une tradition de longue durée (Aristote¹⁰, Galien¹¹). Cette ancienne distinction entre science et art médical ne devient polémique qu'au début du XIX^e siècle avec la *scientifisation* de la médecine (emploi du stéthoscope puis d'autres appareils pour recueillir les signes objectifs de la maladie, usage des statistiques pour contrôler diagnostic et thérapie¹²) qui a suscité des réactions « humanistes » romantiques privilégiant le contact individuel. Aujourd'hui, dit Gayon, le côté scientifique (et industriel aussi) de la médecine ne fait plus de doute, mais sa scientifisation n'en a pas fait disparaître l'art, elle l'a transformé. Les connaissances scientifiques n'épuisent pas le champ de l'expérience médicale : la capacité d'évaluer correctement des éléments individuels à la lumière de la connaissance ne s'apprend pas dans les livres ;

« Il ne faut pas moins, mais davantage d'"expérience" dans le contexte de la médecine scientifique plus ou moins standardisée de l'époque contemporaine. Dans un environnement saturé par une surabondance d'analyses, de tests et de remèdes sophistiqués, il faut en effet beaucoup d'expérience pour savoir quelles analyses et quels modèles doivent être mobilisés »¹³.

⁶ Ibidem.

⁷ Signalons ici une divergence entre Gayon et les textes, antérieurs, de Canguilhem sur lesquels nous nous attarderons.

⁸ qui redouble une autre question, celle de l'autonomie de la biologie par rapport à la physico-chimie. Gayon estime que cette autonomie-là est admise (mécanismes plutôt que lois ; schémas causals temporellement orientés ; dimensions évolutionniste et sélective – p.432). Remarquons aussi que Claude Bernard, tout en faisant place au déterminisme physico-chimique, avait indiqué que la physiologie était spécifique (cf sa notion de milieu intérieur). Canguilhem a souligné ce point dans CANGUILHEM Georges, « Claude Bernard et Bichat », in : *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences concernant le vivant et la vie*, Paris, Vrin, 7^e éd., 1994, p.156-162.

⁹ GAYON Jean, « Epistémologie de la médecine », art.cit., p.433.

¹⁰ Il rappelle notamment la distinction aristotélicienne entre *episteme* (mode de connaissance qui vise ce qui est universel, nécessaire et non sujet au changement) et *techné* (disposition à produire accompagnée de règle, qui implique une connaissance visant à changer quelque chose, et qui s'applique à des choses individuelles et contingentes). Nous y reviendrons au chapitre VIII.

¹¹ Sur Galien, voir BOUDON-MILLOT Véronique, « Médecine et enseignement dans l'Art médical de Galien », *Revue des Études Grecques* 1993 ; 106 (504-505) :120-141.

¹² Gayon s'appuie ici sur Canguilhem, nous y reviendrons.

¹³ GAYON Jean, « Epistémologie de la médecine », art.cit., p.434.

Finalement, il conclut que rien n'a changé depuis Aristote : la médecine est un art¹⁴, avec cependant d'une exception ; l'art et l'expérience tendent à se dépersonnaliser, car les cas complexes nécessitent un collectif¹⁵.

Sur la question de l'objet particulier de la médecine, Gayon remarque que le domaine de la médecine est défini par un petit nombre de notions (santé, maladie, vie, mort) conceptuellement vagues, bien qu'essentielles à la pratique¹⁶. Parmi ces notions, une place prééminente est faite à la maladie pour définir connaissance et pratique médicales¹⁷ : élucider le concept de maladie « constitue la pièce la plus centrale de toutes les réflexions relevant de la philosophie théorique, ou épistémologie de la médecine » (p.435). Or il n'y a pas de théorie unitaire de la maladie, ni du côté de la théorie médicale, ni du côté de la philosophie. Tristram Engelhardt propose que « la maladie est toute chose que les médecins traitent ». Mais à côté de cette définition circulaire, comment s'organisent les débats ? Gayon les divise en trois strates :

– Des clarifications sémantiques : *disease/illness/sickness* désignent en anglais trois notions communes de la maladie qui ne se recouvrent pas. Le concept subjectif de maladie doit être distingué d'avoir une maladie et de se comporter comme un malade¹⁸.

– La normativité du concept de maladie, qui est ouvertement (mal-adie) une « catégorie axiologique »¹⁹. La référence est ici Canguilhem. S'il existe un consensus actuel pour « reconnaître que tous les jugements sur la santé et la maladie incluent des jugements de valeur », les avis sont partagés quant à la place des critères descriptifs scientifiques objectifs (la dimension *disease* de la maladie) par rapport aux jugements évaluatifs : est-elle première, et la dimension normative seconde et relative, contextuelle ? S'il y a toujours un jugement de valeur, celui-ci est-il réservé au seul malade ?

– Le statut ontologique des maladies, qui oscille entre une « conception ontologique » qui les représentent comme des entités autonomes ou des types logiques intemporels, et une conception dynamique, physiologique, plus en phase avec les approches multicausales et multidimensionnelles de certaines maladies comme l'hypertension artérielle²⁰. Notons que cette question rebondit sur la consistance de la notion même de diagnostic²¹.

¹⁴ Faire reposer la distinction contemporaine art/science sur le doublet aristotélicien *episteme/ tekhnē* est peut-être erroné. Nous proposerons notre propre lecture plus loin.

¹⁵ Nous verrons que cela pose des difficultés, car ce collectif de spécialistes manque de plus en plus de quelqu'un qui assume synthèse, arbitrage et décision, en plus de travailler dans les interstices négligés par chacun des spécialistes.

¹⁶ Nous y reviendrons avec Canguilhem.

¹⁷ La santé est en effet au mieux un idéal régulateur, et on ne demande pas au médecin de prolonger la vie et d'éviter la mort à tout prix.

¹⁸ *Disease* vaut ici comme « maladie du médecin », par contraste avec « *illness* » (la maladie du malade) et avec « *sickness* » (le rôle social du malade et la conception sociale de la maladie). Notons la différence entre faire de la maladie l'objet central de la médecine ou considérer que cet objet est le sujet malade individuel, ou encore la réponse à la demande de quelqu'un qui se sent malade (se sentir malade ne signifie pas forcément éprouver un symptôme corporel : s'être vu annoncer la présence à l'échographie d'un probable cancer peut suffire, bien que la maladie ne soit pas symptomatique ; ou savoir qu'on est porteuse de la mutation BRCA2 et donc exposée à un risque très élevé d'être atteinte d'un cancer du sein ou de l'ovaire n'est peut-être pas, ontologiquement parlant, avoir une maladie avérée, mais c'est déjà, incontestablement, faire une expérience négative).

¹⁹ GAYON Jean, « Épistémologie de la médecine », art.cit., p.436.

²⁰ Ibid., p.438.

²¹ Cf. VICKERS AJ, BASCH E, KATTAN MW, « Against diagnosis », *Annals of Internal Medicine* 2008 ;149(3):200-3; STEICHEN Olivier et al., « Pour ou contre le diagnostic? », art.cit.

B. EVIDENCE BASED MEDICINE OU L'ÉPISTEMOLOGIE EN ACTION

L'article de Jean Gayon peut sembler anachronique au moment de sa publication, tant le mouvement de l'*Evidence Based Medicine* (EBM) était déjà devenu dominant, reléguant en apparence l'art et l'expérience au rang de prétentions infondées. Si Canguilhem estimait que le schéma kuhnien (science normale et changements de paradigme²²) était inadéquat pour rendre compte de la médecine, du fait de la complexité et la variabilité de son objet, *EBM* a été largement présenté comme un « nouveau paradigme », prenant à bras le corps les tensions épistémologiques et la fragilité de la clinique, pour résoudre les unes et pallier l'autre. Cette mouvance a contribué à projeter la question du statut épistémologique de la médecine au-delà du cercle restreint des philosophes de la médecine. Mais cette relance est restée minoritaire dans l'institution médicale, et on peut dire qu'aujourd'hui existe une très large suprématie du courant *EBM* en médecine, dans la formation des jeunes et les discours de légitimation. Les disputes art/science semblent aussi avoir été supplantées par un discours sur le professionnalisme et les compétences²³. La clinique était le laboratoire artisanal d'une médecine désuète. La science est ou sera désormais le laboratoire fiable d'une médecine de son temps : tel est le refrain entonné en mode majeur aujourd'hui.

B.1 L'AMBITION D'EBM

Evidence-based-medicine est traduit diversement : médecine fondée sur des faits expérimentaux prouvés, ou médecine fondée sur les preuves, ou encore médecine factuelle. Comme le signale François Fourrier, « Preuve » traduit imparfaitement le mot *evidence*, dont la richesse sémantique est large : *evidence* signifie en effet énonciation (*statement*) quand elle est exprimée, preuve (*proof*) quand elle est apportée, témoignage (*testimony*) quand il est recueilli, et fait (*fact*) lorsqu'il n'est pas contesté²⁴.

Sans entrer dans les détails de son émergence, il faut rappeler que le mouvement EBM est né de la volonté d'une réforme profonde de la médecine. Muir Gray, un de ses leaders, écrivait ainsi en 1978, comparant cette réforme à celle d'une religion dont les rituels et les croyances ont été attaqués : « Une religion est affaiblie si ses rituels perdent leur pouvoir symbolique mais n'est pas secouée tant que ses croyances ne sont pas ramenées à des mythes »²⁵. Or, c'est bien ce qui s'est produit, selon Muir Gray, dans les années 1960, lorsque les épidémiologistes ont montré que les soins médicaux contribuaient peu à l'amélioration de la santé publique et que l'efficacité de la médecine clinique était moindre qu'escomptée.

²² KUHN Thomas Samuel, *La structure des révolutions scientifiques*, op.cit.

²³ ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, *Doctors in society - Medical professionalism in a changing world. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London*. London: Royal College of Physicians, 2005, p.17.

C'est alors le jugement comme application d'un raisonnement critique qui est proposé comme plus approprié que le terme d'*art*.

²⁴ FOURRIER François, « Evidence-based medicine », in Dominique LECOURT (dir), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2004, p.462-466.

²⁵ MUIR GRAY JA, « Priests or engineers? », *British Medical Journal* 1978; 2: 22-7.

« Les patients savent à présent que le traitement des affections bénignes est inutile et que celui des affections majeures (accident vasculaire cérébral, maladies cardiaques, cancer) est relativement inefficace. C'est troublant pour tous ceux qui ont grandi dans une période de foi dans la science médicale. L'individu est désormais informé que son destin est pour une large part sous son contrôle et dépend de l'observation quotidienne de certaines règles. Au lieu de lever l'anxiété, la médecine la produit. La confiance qui s'originait dans le dogme a été remplacée par l'incertitude qui jaillit de la science »²⁶.

Avant les années 60, on peut repérer des prémices de EBM dans le mouvement de la « thérapeutique rationnelle », destinée à remplacer le scepticisme radical du XIX^e siècle, et fondée sur un programme bernardien : la notion de thérapeutique rationnelle se réfère premièrement à l'usage d'agents thérapeutiques dont les mécanismes d'action sont scientifiquement établis avant leur introduction dans la pratique clinique²⁷. Un remède rationnel, au contraire d'un remède empirique, est celui dont les effets sont démontrables au laboratoire, et dans l'idéal celui qui agit sur la cause et pas sur les symptômes. Elle se réfère deuxièmement à la conduite de la pratique clinique, rationnelle si le dosage et l'usage du médicament sont fonction de ce qu'on sait de son action pharmacologique. L'American Medical Association utilise sa revue (le *JAMA*) pour promouvoir la thérapie rationnelle et réformer la profession en diffusant la connaissance et tentant de susciter une nouvelle façon, expérimentale, d'exercer la médecine. Le fameux rapport Flexner de 1910²⁸ sur la formation médicale fait le parallèle entre le travail du clinicien et celui du scientifique : les deux formulent des hypothèses à partir de données observées (pour le clinicien, ce sont l'histoire du patient, son état général, ses symptômes). L'hôpital devient donc le lieu où ces expériences bien contrôlées peuvent avoir plus facilement lieu que dans le cabinet d'un seul médecin. Petit à petit on retire au clinicien le choix du traitement, l'évaluation des résultats, et c'est le statisticien qui devient le maître d'œuvre.

Les années 60 sont l'âge d'or du développement scientifique de la médecine²⁹. « Scientifique » devient un label positif appliqué à la pratique médicale elle-même, infiltrée par la science. Berg distingue des discours successifs : le premier fait de la science le fondement de la pratique, celle-ci étant une application à un patient individuel de la science médicale. A l'articulation des années 60 et 70, la science est pensée comme la structure même de l'acte médical. La pratique n'est pas l'application d'une science extérieure, elle par elle-même une activité de recherche. C'est en quelque sorte l'application des vues anticipatrices de Flexner. L'acte médical a la même structure que l'action scientifique. Les défauts pointés sont autant d'inadéquations qui affectent le cœur de la pratique, dont de grands pans manquent de précision et de logique. Pour y remédier, il faut renforcer la standardisation et la précision terminologiques. L'art médical n'est plus qu'un supplément à la pratique médicale scientifique, une aptitude aux aspects personnels du soin. L'étape ultérieure (années 70/80) modélise un

²⁶ Ibidem.

²⁷ Ce paragraphe s'appuie sur l'étude de Harry MARKS, *La médecine des preuves, Histoire et anthropologie des essais cliniques 1900-1990*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 1999.

²⁸ FLEXNER Abraham, *Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* (1910) New York, NY, USA: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, en particulier p.55.

²⁹ Nous suivons ici Marc BERG, « Turning a practice into a science : reconceptualizing postwar medical practice », *Social Studies of Science* 1995; 25 (3): 437-476.

praticien dont l'activité mentale est comparable à un ordinateur, dont les processus de pensée reproduisent la méthode hypothéticodéductive. « Scientifique » est devenu une catégorie mentale. Ce qui rend la pratique médicale une science n'est pas que le travail médical suit les règles positivistes de la méthode scientifique, mais que le praticien a des processus de pensée conformes aux standards de la science. Le travail médical est un processus cognitif. Parallèlement, la standardisation profite aussi à l'administration, aux compagnies d'assurances, aux agences gouvernementales, qui menacent la souveraineté des professionnels. Rendre disponibles des données de laboratoire, revient à les fournir, et fournir à les exiger.

Le concept d'EBM peut donc se réclamer à bon droit d'une certaine tradition³⁰. Toutefois il a été annoncé et présenté comme un « nouveau paradigme » pour la pratique médicale, peut-être à partir du moment où se cristallise la critique : les médecins acquièrent de l'expérience mais n'actualisent pas assez leurs connaissances ; les données disponibles se multiplient mais nécessitent, pour être utiles en situation, d'être collectées et analysées avec des méthodes appropriées (*i.e.* revues systématiques, méta-analyses) qui supposent des compétences statistiques et des systèmes d'information performants. Il y a un fossé entre les manières de raisonner réelles et les *bonnes* manières de raisonner³¹. Corrélativement EBM minimise, atténue, relègue au second plan (*deemphasizes*) l'intuition, l'expérience clinique non systématique et la justification physiopathologique, refusant de les considérer comme des fondements suffisants pour la décision clinique, et recommande au contraire l'examen des preuves issues de la recherche clinique, et l'acquisition de nouvelles compétences médicales (savoir effectuer une recherche bibliographique, savoir manipuler les règles formelles d'évaluation de la littérature clinique)³². Le mouvement EBM a eu énormément de succès et a diffusé dans le monde entier et dans toutes les disciplines.

En clair cela veut dire qu'on ne se contentera plus de l'expérience professionnelle, ni des connaissances en physiologie cardiaque ou dans la physiopathologie de l'infarctus pour prescrire un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine après un infarctus du myocarde, mais qu'on se fondera sur des essais cliniques rigoureux qui démontrent par exemple que, après un infarctus de la paroi antérieure du ventricule gauche, le zofenopril administré précocement réduit de 65% le risque de décès combiné au risque d'insuffisance cardiaque sévère dans les 6 premières semaines, ainsi que de 43% la mortalité à un an³³. EBM promet une nouvelle manière de prodiguer des soins qui soit efficiente, actualisée et fondée sur des preuves d'efficacité. Corrélativement, les thérapeutiques qui, quoique largement adoptées, s'avèrent, à l'étude systématique, entraîner plus de dommages que de bénéfices, doivent être abandonnées³⁴. EBM « joue à présent cette fonction de commensurabilité d'un médecin à

³⁰ SACKET DL, ROSENBERG WM, GRAY JA, HAYNES RB, RICHARDSON WS, « Evidence-based medicine : what it is and what it is'nt », *British Medical Journal* 1996; 312 : 71-2.

³¹ KHUSHF George, « A framework for understanding medical epistemologies », art.cit.

³² EVIDENCE BASED MEDICINE WORKING GROUP, « EBM: a new approach to teaching the practice of medicine », *JAMA* 1992; 268:2420-5.

³³ BORGHI C, BACCHELLI S, DEGLI ESPOSTI D, AMBROSIONI E, « Survival of Myocardial Infarction Long-Term Evaluation Study. Effects of early angiotensin-converting enzyme inhibition in patients with non-ST-elevation acute anterior myocardial infarction », *American Heart Journal*, 2006 ;152(3):470-7.

³⁴ Par exemple, « en 1970, l'UGDP, après 8 ans d'étude prospective randomisée, annonçait que la mortalité cardiovasculaire des patients diabétiques de type 2 traités par tolbutamide était significativement ($p = 0,005$) plus élevée (14,7 %) comparativement aux patients traités par placebo (10,2 %), insuline à dose fixe (9,5 %) ou insuline à

l'autre, puisque chacun peut puiser ce qu'il convient de faire en chaque situation » ; EBM « place tous les soignants du même côté d'un savoir médical dont aucun n'a le monopole, qui par conséquent les transcende tous, mais qui aussi les engage à dialoguer et à se confronter les uns aux autres »³⁵.

Anne Fagot-Largeault reprend à son compte cette phrase d'un traité hippocratique : « il faut transporter la philosophie dans la médecine et la médecine dans la philosophie »³⁶. Transporter la philosophie dans la médecine c'est pour elle faire sortir la médecine de l'empirisme, la rendre rationnelle et scientifique, pour que le zèle à faire du bien ne soit pas dangereux, mais accompagné de rigueur et de la prudence scientifique. EBM semble réaliser ce vœu, en conjuguant les démarches divergentes que sont le déterminisme bernardien et l'analyse statistique, si bien qu'« il n'est pas nécessaire de croire au hasard pour constater des irrégularités, ni de tenir au déterminisme universel pour dégager des constances » et que « l'évolution de la médecine a montré qu'on peut raisonner avec rigueur sur des phénomènes irréguliers sans préjuger d'un déterminisme sous-jacent, et maîtriser quelques hasards sans prétendre que tout est en droit prévisible »³⁷.

La finalité d'EBM est de mieux soigner les malades, en n'employant si possible que des traitements qui ont démontré leur capacité à produire un bénéfice mesurable, donc quantifiable. Les acquis antérieurs sont révisés en passant au crible la méthode employée pour les déterminer, et en les soumettant éventuellement à une nouvelle évaluation méthodique, dont le « gold standard » est l'essai clinique randomisé. L'expression des résultats d'efficacité est chiffrée habituellement en termes de risque relatif, assorti d'un intervalle de confiance. Ainsi, dans l'exemple précédent, la réduction de mortalité de 43% à un an est assortie d'un intervalle de confiance qui va de 14 à 57%, ce qui signifie que la « vraie » valeur de réduction de mortalité se situe entre 14% et 57% et qu'on a à ce sujet une certitude de 95% (on admet généralement une incertitude statistique résiduelle de 5%). La production de ce savoir vrai va de pair d'une part avec des recommandations pour la pratique qui sont énoncées avec d'autant plus de force que les études qui les soutiennent sont d'un niveau de preuve élevé³⁸. C'est un geste cartésien donc, qui passe à la moulinette du doute les connaissances antérieures pour ne conserver que des savoirs certains.

L'expérience doit donc se subordonner à l'examen des données factuelles et il vaut mieux se former aux statistiques médicales et à la recherche dans des bases de données que de lire des traités de médecine toujours menacés d'obsolescence, car ces données factuelles évoluent vite.

dose variable (8,8 %). L'essai fut interrompu pour le groupe de patients traités par tolbutamide, et la Food and drug administration (FDA) émettait un avertissement concernant l'augmentation du risque cardiovasculaire lié au tolbutamide ». RIVELINE Jean-Pierre, VARROUD-VIAL Michel, CHARPENTIER Guillaume, « Sulfonylurées et effets cardiovasculaires : de l'expérimentation à la clinique. Données disponibles chez l'homme et implications cliniques », *Sang Thrombose Vaisseaux* 2006 ; 18 (7) : 367-77.

³⁵ CLERO Jean-Pierre, « La décision médicale : la fin des décideurs ? », *Revue Française d'Ethique Appliquée* 2015 ; 1 : 17-26.

³⁶ FAGOT-LARGEAULT Anne, *Leçon inaugurale, Chaire de philosophie des sciences biologiques et médicales du Collège de France*, Paris, Editions du Collège de France, 2001.

³⁷ FAGOT-LARGEAULT Anne, *Médecine et Philosophie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2010, p. 40.

³⁸ HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. Etat des lieux*, avril 2013, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf.

L'acte de naissance d'EBM dans la littérature portait d'ailleurs explicitement sur une nouvelle façon d'enseigner la médecine³⁹. La médecine factuelle offre une interprétation de données agrégées, des résultats mathématiques qu'on espère irréprochables⁴⁰, des modélisations de l'espérance de survie ou de guérison. Comme les données sources disponibles sont en très grand nombre, leur consultation directe est presque impossible. Il faut des intermédiaires qui « digèrent » les données primaires, les intègrent dans une analyse globale, les transforment en synthèses pratiques à l'usage du médecin. C'est ainsi que la collaboration Cochrane par exemple, fournit et met à jour régulièrement des mises au point sur un nombre croissant de thèmes qui informent des meilleures données disponibles ceux qui consultent la base documentaire. Ce travail est encore un travail réalisé par l'homme. On annonce son traitement imminent par des ordinateurs. Ne voulant pas céder aux sirènes de la prospective, nous nous sommes abstenus sauf exception de parler de l'intelligence artificielle (il faudrait dire plutôt l'apprentissage automatisé et la modélisation assistée par ordinateur) : ce qu'on lit à son sujet en médecine relève pour l'heure de l'anticipation qui esquivait facilement l'analyse critique.

Donnons un exemple : les taux sanguins de dehydroépiandrosterone (DHEA), un stéroïde sexuel sécrété par la surrénale, diminuent à partir de l'âge de 30 ans et sont abaissés de moitié chez les personnes âgées. Une substitution hormonale chez le sujet âgé pouvait sembler logique, sachant que l'apparition des signes de vieillissement va de pair avec la baisse des taux circulants de DHEA. Mais les études randomisées contrôlées contre placebo sur des durées allant de 6 mois à 2 ans n'ont pas confirmé une association causale. Plus simplement dit, elles ne montrent pas d'effet significatif de la DHEA sur les signes du vieillissement (i.e. performances physiques et sensibilité à l'insuline)⁴¹.

Ce genre d'essai clinique permet donc de tester des hypothèses, et de faire le tri entre les propositions thérapeutiques, pour ne conserver que celles qui démontrent une certaine efficacité. La finalité d'EBM, c'est l'action efficace plus que l'élucidation des mécanismes⁴². Parmi les méthodes scientifiques, EBM impose une échelle de valeurs qui relègue les méthodes de Claude Bernard à un rang subalterne, cela mérite d'être souligné. Sans entrer dans le détail, il existe une hiérarchisation des essais, avec au sommet l'étude randomisée, c'est à dire l'essai comparatif entre deux ou plusieurs groupes de patients dans lequel la répartition est faite au hasard (randomisation)⁴³. Nous l'avons dit, un des éléments clés du paradigme *EBM* est la préoccupation explicite d'une méthodologie rigoureuse comme critère d'acceptation ou de rejet d'une étude particulière.

³⁹ EVIDENCE BASED MEDICINE WORKING GROUP, « EBM: a new approach to teaching the practice of medicine », art.cit.

⁴⁰ Il ne faut pas ignorer les controverses internes au champ de la statistique médicale par exemple.

⁴¹ GRIMLEY EVANS J, MALOUF R, HUPPERT F, VAN NIEKERK JK, « Dehydroepiandrosterone (DHEA) supplementation for cognitive function in healthy elderly people », *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006 ;4: CD006221.

⁴² EBM a popularisé une hiérarchie des preuves par type de recherche. Les essais cliniques randomisés sont au sommet, l'opinion d'experts au rang le plus bas. L'établissement d'un mécanisme, qui enrichit les connaissances, est moins valorisé qu'un essai clinique, qui fournit une preuve d'efficacité. Maël Lemoine souligne que « les sciences médicales » portent la marque de l'action. LEMOINE Maël, *Introduction à la philosophie des sciences médicales*, Paris, Hermann, 2017, p.7.

⁴³ HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique...*, op.cit.

B.2 DE EVIDENCE BASED MEDICINE À EVIDENCE BASED PRACTICE

Dès le départ était prévue l'extension à la recherche sur les pratiques soignantes. Il ne suffisait pas d'incorporer des données prouvées dans les décisions individuelles, il fallait aussi les incorporer dans des politiques décisionnelles (*clinical policies*), des systèmes de soin qui assurent leur implémentation, des *guidelines* qui décrivent comment mettre les recommandations en œuvre et des audits qui vérifient que les modifications soient effectives⁴⁴. Diminuer la variabilité des pratiques, ou mieux encore, les uniformiser, a été un des moteurs du développement d'EBM.

Les décideurs de santé publique s'appuient aussi sur ces données pour déterminer ce qui sera ou non remboursé⁴⁵. Car le concept d'EBM a été élargi ensuite à celui d'EBP, *evidence-based practice*, qui englobe aussi les soins infirmiers et les politiques de santé publique. Avant EBP, le médecin était l'autorité qui contrôlait les soins aux patients. Il délégua une partie de cette autorité aux infirmières, par le biais d'ordres donnés, *exécutés* par l'infirmier, et de protocoles approuvés à l'échelle d'un hôpital mais élaborés par les médecins. C'est encore aujourd'hui la modalité principale d'organisation des soins et la base légale de la pratique infirmière. Mais au fur et à mesure que les cliniciens fondent davantage leurs décisions sur les résultats d'une recherche systématique, médecins, infirmières, décideurs et public partagent les mêmes bases, et cela change les dynamiques de pouvoir et de responsabilité⁴⁶. Que doivent faire les infirmières pour éviter des infections pulmonaires chez des patients intubés et ventilés artificiellement ? Quel est le meilleur moyen d'éviter des escarres chez les patients comateux ? Est-ce que la prescription d'un hypolipémiant à tous les diabétiques, indépendamment de leur taux de cholestérol est une mesure collective dont les coûts sont minimisés par les bénéfices ? Toutes ces questions ont aujourd'hui quelques réponses, qui intéressent les médecins, les infirmières, mais aussi les directeurs d'hôpitaux, les financeurs du système de santé, et le public.

Les exigences contemporaines d'*accountability*⁴⁷ imposent aux organisations professionnelles des programmes d'assurance qualité qui font la part belle aux traitements ayant réussi le test d'une efficacité prouvée. De plus en plus, les remboursements des médicaments se font sur la base de leur service médical rendu, objectivé par des études méthodologiquement rigoureuses ; l'évaluation des pratiques de soin se fait et se fera sur la base des recommandations de bonnes pratiques issues d'une validation méthodique⁴⁸, les campagnes de dépistage et autres mesures collectives de santé s'appuieront sur des modèles validés, etc. Certains auteurs comme Solomon souhaitent que le statut de la médecine soit celui d'une technologie (ou technoscience)⁴⁹. Selon Dew, le modèle de l'intégrité scientifique (pratique

⁴⁴ MUIR GRAY JA, « Evidence-based, locally owned, patient-centred guideline development », *British Journal of Surgery* 1997; 84: 1636-1637.

⁴⁵ Ce n'est pas le seul critère : ainsi l'homéopathie n'a jamais pu franchir les épreuves des tests cliniques, mais reste remboursée en France, sur la base d'autres critères, ce qui suscite une controverse dont se font écho les médias.

⁴⁶ DRACUP K, BRYAN-BROWN CW, « Evidence-based Practice is wonderful...sort of », *American Journal of critical care* 2006;15:356-358.

⁴⁷ Ce terme est difficile à traduire : reddition de compte, mais aussi responsabilité.

⁴⁸ Les controverses ne cessent pas pour autant. Par exemple, le dépistage systématique du cancer du sein reste débattu, alors qu'un très grand nombre de données empiriques sont disponibles.

⁴⁹ SOLOMON Miriam, « Epistemological reflections on the art of medicine and narrative medicine », *Perspectives in biology and medicine* 2008;51(3):406-417.

fondée sur EBM) semble surpasser celui de l'intégrité professionnelle (pratique appuyée sur une perspective biopsychosociale et des consensus professionnels) et surtout celui de l'intégrité personnelle (médecin libre de ses choix doctrinaires, sanctionné par la satisfaction de patients consommateurs)⁵⁰.

Si on veut s'appuyer sur *EBM* pour déterminer des politiques de santé, on se heurte toutefois à certains écueils. En effet, on pourrait imaginer que la sécurité sociale, voire les mutuelles, ne prennent plus en charge que des thérapeutiques validées. Mais au niveau d'un Etat, il faut tenir compte des rapports coût-efficacité, et ce ne sont pas forcément les thérapeutiques les plus efficaces à l'échelon individuel qui constituent des choix collectifs judicieux. Une autre limitation est l'applicabilité concrète des données. Par exemple, il est démontré que le contrôle strict de la glycémie améliore le pronostic des malades, diabétiques ou non, qui sont hospitalisés en réanimation. Il est apparu que de maintenir au maximum la glycémie dans une fourchette normale améliorerait le devenir des malades (diminution des complications, raccourcissement des durées de séjour à l'hôpital, voire diminution de la mortalité)⁵¹. Atteindre cet objectif suppose des mesures de glycémie très répétées (toutes les heures), un ajustement des doses d'insuline administrées par une pompe, la transcription des actes sur une feuille de protocole. Or ce qui n'a pas été pris en considération dans ces études est la conséquence pratique de cette surveillance glycémique, à savoir le temps infirmier nécessaire et les coûts réels de la mesure. Dans le contexte des soins primaires (i.e. la médecine de ville), EBM pose encore un autre problème d'applicabilité : la pratique fondée sur les preuves est réputée impraticable compte tenu des contraintes d'exercice : les médecins n'ont pas le temps matériel d'interroger, à propos de chaque situation, les bases de données pour disposer des meilleures données de preuve appropriées à la dite situation.

La figure de l'expertise qui naît de l'expérience (que nous étudierons au chapitre IX), est concurrencée sévèrement par la tendance actuelle à exiger des pratiques (éducatives, sociales, soignantes) fondées sur les preuves⁵². Les arguments sont nombreux : économique (les payeurs exigent les interventions les meilleures possibles et EBP est fondée sur le point de vue que la meilleure façon de les garantir est de prouver que c'est efficace) ; éthique (les professionnels doivent se maintenir à jour tout au long de leur carrière et EBP est un principe fondateur de cette exigence) ; pratique : EBP est non seulement désirable, mais il est possible de prouver qu'une intervention « marche ». Or, dans des pratiques telles que la clinique médicale, les choses ne sont pas aussi simples que dans un essai thérapeutique contrôlé. On peut tout au plus montrer un lien entre intervention et résultat, mais pas démontrer un lien causal. De plus, dans une pratique adressée à des personnes, le praticien ne manipule pas des objets, mais soigne des êtres humains qui sont eux aussi des agents, des acteurs⁵³. C'est-à-dire par exemple que les modalités d'une pratique thérapeutique ne se limitent pas à l'action biologique du médicament prescrit, mais que s'y ajoutent par exemple des recommandations d'usage et une rhétorique

⁵⁰ DEW Kevin, « Modes of practices and models of science in medicine », *Health* 2001; 5:93-110.

⁵¹ C'est quelque chose qui au départ n'était pas forcément intuitif, et souvent la glycémie n'était pas le paramètre considéré comme le plus important par rapport au contrôle des fonctions vitales.

⁵² TELLINGS Agnes, « Evidence-based practice in the social sciences ? A scale of causality, interventions and possibilities for scientific proof », *Theory and psychology* 2017; 1-19.

⁵³ Ibidem.

persuasive plus ou moins efficace pour motiver le patient à le prendre. Avoir une raison suffisante pour prendre le traitement ne suppose pas le même type de causalité que celle impliquée par les mécanismes d'action pharmacologique du traitement. Une pratique est donc quelque chose de suffisamment complexe pour être difficilement appréhendable avec les méthodes en vogue pour fonder les pratiques sur des faits prouvés.

B.3 UNE REPONSE SUFFISANTE ? LES CRITIQUES FORMULEES A L'ENCONTRE DE EBM

On réfléchit mal dans une prison de preuves.
Alain⁵⁴

Après la vague d'enthousiasme qui avait placé la démarche EBM comme le *nec plus ultra* de la décision médicale et la réponse tant attendue à la crise épistémologique de la médecine, les critiques n'ont pas manqué de se faire entendre, mais surtout dans l'espace confidentiel de quelques revues. Nous n'entendons pas ici instruire en totalité la cause d'EBM, mais indiquer un « climat » des tensions qu'EBM suscite ou illustre.

EBM repose sur un certain nombre de postulats. Par exemple, la supposition que la méthodologie solide d'un essai fournit une preuve univoque et non biaisée⁵⁵. En réalité, la méthodologie rigoureuse n'immunise pas les conclusions d'autres biais susceptibles d'interférer avec le résultat⁵⁶. Par exemple, Barnes a passé au crible 106 revues de la littérature proposant chacune une synthèse des connaissances publiées sur les effets néfastes du tabagisme passif et a montré que le seul facteur significativement associé à une conclusion négative de la revue bibliographique était l'affiliation de l'auteur à l'industrie pharmaceutique⁵⁷. Les liens d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique ont également jeté un trouble légitime sur les publications d'études cliniques. La production de données validées est largement sous contrôle du marché du médicament et l'industrie pharmaceutique est une source majeure de financement des essais cliniques⁵⁸. Donc, il faudrait toujours pouvoir remonter aux données sources, ce qui est infaisable en pratique⁵⁹.

Un autre postulat d'EBM est l'existence d'un lien direct entre les résultats de la recherche clinique (menée sur des effectifs importants) et la pratique (le choix thérapeutique pour un patient individuel)⁶⁰. Or l'extrapolation à un patient donné est problématique. Pour être conclusives, les études comparatives doivent être construites avec un nombre de patients d'autant plus important que la différence attendue entre les deux groupes est ténue. Ces patients

⁵⁴ ALAIN (Émile CHARTIER), *Eléments de philosophie*, 1916. Edition électronique, Les classiques des sciences sociales, Livre 4 (De l'action), Chapitre 1 (Le jugement).

⁵⁵ NORMAN GR, « Examining the assumptions of EBM », *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 1999;5(2): 139-147.

⁵⁶ OLSEN O, MIDDLETON P, EZZO J, GÖTZSCHE PC, HADHAZY V, HERXHEIMER A, et al., « Quality of Cochrane reviews: assessment of sample from 1998 », *British Medical Journal* 2001; 323 :829-32.

⁵⁷ BARNES DE, BERO LA., « Why review articles on the health effects of passive smoking reach different conclusions », *Journal of American Medical Association* 1998 ;279(19):1566-70.

⁵⁸ SAINT-ONGE Jean-Claude, *Tous fous ? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie*, Montréal, Les éditions Ecosociété, 2013.

⁵⁹ Le nombre de publications ne cesse de croître d'année en année. La seule façon d'y accéder est de passer par des bases de données informatisées. On suppose que deux personnes qui font la même recherche sur un sujet donné arriveront aux mêmes articles sources. Il semble que ce ne soit pas le cas, quand ce point a été étudié.

⁶⁰ NORMAN GR, « Examining the assumptions of EBM », art.cit.

doivent répondre à des critères d'inclusion stricts, et donc la population de l'étude est à la fois souvent issue de nombreux pays et très homogène sur un petit nombre de critères. Mais pour pouvoir appliquer ensuite les résultats de l'étude à un patient donné, il faut s'assurer que le patient que l'on a en face de soi correspond bien au profil des sujets de l'expérience. Sinon, l'extrapolation est fautive, et on se servira non scientifiquement d'un résultat qu'on croira vrai parce qu'il est issu d'une méthode scientifique. Nous y reviendrons dans le chapitre suivant.

La preuve d'efficacité fournie par un essai clinique randomisé n'est pas encore la preuve de l'efficacité pratique⁶¹. Souvent le patient de la « vraie vie » a d'autres pathologies associées, d'autres traitements que celui qu'on veut éventuellement prescrire, et se trouve souvent dans une situation qui était exclue de l'étude. On ne rencontre guère dans la pratique ordinaire le patient correspondant aux sujets testés, ce qui pose évidemment un gros problème. Par exemple, si un essai prouve que tel médicament est efficace dans le traitement d'une pathologie donnée mais que l'étude a concerné uniquement des hommes de 40 à 60 ans, est-ce que le résultat peut être extrapolé à une femme âgée de 75 ans qui, outre la pathologie en question, présente en plus une hypertension artérielle, une insuffisance rénale et un début de démence ? L'activité scientifique procède toujours par réduction de son objet, parce que pour produire une certitude, il faut pouvoir contrôler au maximum les paramètres susceptibles de moduler le phénomène que l'on observe. On peut commettre l'erreur d'appliquer une recommandation fondée sur des preuves à un patient qui n'en relevait pas⁶².

De plus, de nombreuses questions qui émergent dans la pratique clinique n'ont pas de réponse. Le champ couvert par EBM n'est pas l'ensemble de la médecine, mais surtout les domaines qui intéressent l'industrie pharmaceutique, principal financeur des essais cliniques⁶³. Les questions nuancées que se pose le clinicien en face d'un malade ne sont que rarement abordées dans une étude clinique, et les recherches bibliographiques chronophages ne produisent pas automatiquement des preuves suffisantes pour la pratique⁶⁴. EBM n'a d'ailleurs toujours pas apporté beaucoup de preuves *expérimentales* de sa supériorité : l'adoption de recommandations issues de nombreuses recherches a permis une diminution de la mortalité dans l'asthme⁶⁵ ; la réduction des complications emboliques après chirurgie a été obtenue par l'adoption généralisée de guides de prévention au Royaume-Uni⁶⁶. Cependant, on ne sait toujours pas si des décisions *individuelles* fondées sur EBM produisent des meilleurs résultats pour la santé des gens⁶⁷.

⁶¹ CARTWRIGHT Nancy, « A philosopher's view of the long road from RCTs to effectiveness », *Lancet* 2011;377:1400-1.

⁶² Gérard Reach appelle cela l'erreur par commission, pour la distinguer de l'erreur par omission (Cf. chapitre sur XIII). REACH Gérard, *L'inertie clinique - une critique de la raison médicale*, Paris, Springer Verlag France, 2013, p.134.

⁶³ SAINT-ONGE Jean-Claude, *Tous fous ? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie*, op.cit.

⁶⁴ IOANNIDIS JPA, « The mass production of redundant, misleading, and conflicted systematic reviews and meta-analyses », *Milbank Quarterly* 2016;94:485-514.

⁶⁵ MAJEED A, FERGUSON J, FIELD J, « Prescribing of beta-2 agonists and inhaled steroids in England: trends between 1992 and 1998, and association with material deprivation, chronic illness and asthma mortality rates », *Journal of public health medicine* 1999;21:395-400.

⁶⁶ LAU BD, HAUT ER, « Practices to prevent venous thromboembolism : a brief review », *BMJ Quality & Safety* 2014;23:187-95.

⁶⁷ EVERY-PALMER Susanna, HOWICK Jeremy, « How evidence-based medicine is failing due to biased trials and selective publication », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2014; 20:908-914.

Par rapport à ce que constituent d'essentiel dans une pratique médicale l'anamnèse et l'examen clinique, l'évolutivité de la maladie, la personnalité du patient et ses souhaits, l'apport direct du processus EBM est donc beaucoup plus limité que ne l'annoncent les discours assurant sa promotion hégémonique. Il s'agit davantage aujourd'hui de diffuser des résumés synthétiques aux praticiens, et non qu'ils pratiquent eux-mêmes l'analyse critique des données primaires : les praticiens sont souvent peu intéressés par ce degré de sophistication. *EBM* entendait faire rentrer (de) la science dans le cabinet de consultation, *dans la décision médicale* elle-même. Mais cela revient concrètement à équiper le médecin de quelques messages sténographiques, raccourcis synthétiques de recherches transformées par une poignée d'experts en des recommandations supposées orienter la décision. Du coup, la rationalité critique à l'origine du processus EBM est supplantée par l'argument d'autorité des *guidelines*⁶⁸. Il s'agit de plus en plus de suivre des règles, et de moins en moins de l'analyse critique des meilleurs éléments de preuve disponibles.

En fait, ces critiques – nous n'en avons présenté qu'un tout petit nombre – sont plutôt la mise en évidence du fait que les apports d'EBM ont des limites : elles étaient prévisibles et ne déçoivent que ceux qui en ont attendu le grand soir de la médecine. Il convient de considérer que ces limites renforcent la nécessité du jugement clinique plutôt qu'elles ne s'y opposent. En effet, si on s'en tient à la définition d'EBM qui a la plus grande notoriété,

« La médecine fondée sur les preuves consiste à utiliser de façon rigoureuse / consciencieuse explicite et judicieuse les preuves actuelles les plus pertinentes de la prise de décision concernant les soins à prodiguer à un patient. Sa pratique implique que l'on conjugue l'expertise clinique individuelle avec les meilleures preuves cliniques externes obtenues actuellement par la recherche systématique »⁶⁹

Rigoureuse/Consciencieuse suppose une démarche méthodique pour interpréter les données de la recherche clinique, ce qui nécessite de disposer d'outils objectifs d'évaluation. *Meilleures données de preuve actuelles* impose d'avoir accès à toutes les bases de données utiles. *Judicieuse* signifie d'apprécier et d'interpréter le niveau de preuve disponible et de le comparer à la situation de chaque patient pris individuellement. C'est dans ce terme de *judicieux* qu'on retrouve ce que disait Gayon, en rien anachronique : « dans un environnement saturé par une surabondance d'analyses, de tests et de remèdes sophistiqués, il faut en effet beaucoup d'expérience pour savoir quelles analyses et quels modèles doivent être mobilisés »⁷⁰. *L'expertise clinique individuelle* est décrite comme le jugement acquis à travers l'expérience et la pratique clinique.

EBM entend donc constituer un régime de production de savoirs utiles pour mieux faire retour à l'objet individuel concret, pour accorder la connaissance scientifique à sa finalité thérapeutique, et pour que les moyens employés soient les plus adéquats possibles. La place du malade et celle du clinicien ne sont pas dénigrées. En réalité, « *La définition officielle* » d'EBM expose une conception remaniée pour répondre à une première vague de critiques émanant

⁶⁸ ZUIDERENT-JERAK Teun, *Situated intervention. Sociological experiments in health care*, op.cit.

⁶⁹ SACKET DL et al., « Evidence-based medicine : what it is and what it is'nt », art.cit. : « Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients ».

⁷⁰ GAYON Jean, « Epistémologie de la médecine », art.cit.,p. 434.

notamment du courant de la médecine centrée sur le patient, porté par le libéralisme qui accorde une part essentielle à l'expression des préférences personnelles dans les décisions qui concernent les malades. Ainsi, les précisions apportées par Sacket en 1996 donnent une version plus pondérée d'EBM : il est aussi reconnu que l'usage de la preuve, ne serait-ce que par son pouvoir de persuasion, a aussi une dimension morale et ne ressortit donc pas purement et simplement à l'ordre des faits ; il est admis que la pratique médicale comporte tant de zones grises qu'il faut reconnaître ouvertement les incertitudes et d'autant plus faire expliciter et respecter les valeurs des malades ; il est explicité que la preuve ne suffit pas à la décision⁷¹. Cette conception « adoucie » d'EBM se rapproche alors de ce que certains appellent le concept de *Knowledge-based practice*, qui prend en compte les différents modes de connaissance du praticien⁷², et d'autres le retour à l'EBM véritable (*real evidence based medicine*)⁷³.

Pour notre part, la critique doit donc porter davantage sur l'usage fallacieux qui est fait d'EBM pour disqualifier le jugement pratique : ignorer ses limitations et présenter l'expérience individuelle du praticien comme définitivement reléguée au second plan, faire croire aux nouvelles générations que la médecine scientifique a commencé avec EBM, ou encore confondre l'absence de preuve d'efficacité avec la preuve d'absence d'efficacité, c'est davantage afficher son positivisme spontané que témoigner d'un esprit scientifique. C'est pourquoi l'allégeance à ce modèle risque de produire une pratique dangereuse⁷⁴. L'adoption généralisée d'EBM menacerait les capacités des médecins à exercer un jugement approprié dans les cas qui dévient du cas typique⁷⁵ : mais c'est une pathologie de la croyance en EBM qui les conduit à se convaincre eux-mêmes de ne plus se faire confiance ou d'écarter les connaissances qualitatives comme non pertinentes. L'engouement parfois naïf des médecins pour une EBM idéalisée ne conduit pas toujours à la retenue recommandée dans le zèle thérapeutique⁷⁶.

EBM peut faire accroire que la variabilité de la clinique sera réduite en élaborant des recommandations⁷⁷. A vrai dire, c'est devenu actuellement une gageure que de pouvoir tenir compte de l'ensemble des recommandations disponibles, tellement elles se sont accumulées⁷⁸. De même, considérer que ce qui n'est pas garanti par des preuves factuelles est inutile relève d'une falsification de la démarche *Evidence-based*. Certains domaines se prêtent mal à une évaluation randomisée (ce qui relève du soin, de la subjectivité, des savoirs tacites, les maladies rares, les affections aux déterminants multiples, les pathologies associées, etc.). Toutes les composantes de la vie humaine qui n'entrent pas dans un modèle biomédical où tout est mesurable se voient dénigrées, ou au mieux ignorées. Le détournement politique est alors aisé :

⁷¹ SACKET DL et al., « Evidence-based medicine : what it is and what it is'nt », art.cit.

⁷² VOGT Henrik, ULVESTAD Elling, ERIKSEN Thor Erik, GETZ Linn, « Getting personal: can systems medicine integrate scientific and humanistic conceptions of the patient? », *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2014;20:942-952.

⁷³ GREENHALGH Trisha, HOWICK Jeremy, MASKREY Neal, « Evidence based medicine: a movement in crisis? », *British Medical Journal* 2014; 348: g3725.

⁷⁴ Ibidem. Voir aussi MURRAY Stuart J, HOLMES Dave, PERRON Amélie, RAIL Geneviève, « Towards an ethics of authentic practice », *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2008;14: 682-689.

⁷⁵ HENRY Stephen G, « Recognizing tacit knowledge in medical epistemology », *Theoretical medicine and bioethics* 2006; 27(3):187-213.

⁷⁶ Pour Links, les médecins ont un rapport religieux à EBM. LINKS Matthew, « The evidence-based medicine, analogies between reading of medical and religious texts », *British Medical Journal* 2006; 333:1068.

⁷⁷ REACH Gérard, *L'inertie clinique...*, op.cit., p. 63.

⁷⁸ GREENHALGH Trisha, et al., « Evidence based medicine: a movement in crisis? », art.cit.

on s'appuie sur des « preuves » pour réduire les financements, alors qu'une politique de santé ne s'adresse pas qu'aux échantillons de patients sélectionnés dans des essais cliniques. Tout se passe comme si EBM était réduit à un seul de ses trois piliers, celui des « preuves actuelles les plus pertinentes ».

Le mésusage du modèle EBM suggère (en creux) au médecin que la connaissance tacite n'a aucune importance dans les connaissances actives en pratique, et peut-être aussi que les sciences fondamentales sont moins importantes que les essais cliniques⁷⁹. Comprendre les origines et les conséquences psychologiques et sociales des maladies suppose de tailler la recherche à son objet, plutôt que de réduire l'objet pour le rendre compatible avec une méthodologie rigide. Pour le clinicien individuel, ce qui est en jeu est son propre rapport subjectif à EBM : ce qu'on pourrait décrire comme sa dépendance à la preuve extérieure peut mettre en danger la place et la confiance qu'il accorde aux autres composantes de la décision (expérience du patient, expérience clinique, jugement). Or, nombreux sont les médecins qui manquent du recul critique nécessaire pour apprécier l'apport réel d'un essai clinique : et comme ils ont été convaincus d'autre part du caractère biaisé de leurs jugements, ils s'en remettent alors à des avis d'experts, ou à des recommandations établies par d'autres, ce qui les rend dépendants, non pas de la science elle-même mais de sa vulgarisation. Si la méthodologie statistique ambitionne de détrôner les arguments d'autorité et d'expérience, elle suppose par contre de la part du praticien de s'en remettre à un argument d'autorité externe, de déléguer son acte. Ce qui pourrait s'avérer contre-productif : ainsi Kathryn Montgomery raconte, dans un ouvrage consacré à la pensée médicale, que ce qui l'a rassurée (sa fille était traitée pour un cancer du sein à un stade localisé) a dépendu d'une conversation avec un chirurgien à la retraite qui faisait part de son expérience et non des statistiques issues d'EBM, qui ne lui procuraient qu'une certitude insuffisante⁸⁰. Au-delà de l'anecdote, on peut ajouter que si un subjectivisme mérite d'être combattu chez les médecins, c'est, selon Canguilhem, celui de

« la confiance dans le fondement strictement objectif de leurs conseils et de leurs gestes thérapeutiques, dans le mépris ou dans l'oubli auto-justificatif du rapport actif, positif ou négatif, qui ne peut pas ne pas s'établir entre médecin et malade »⁸¹.

Si la question disputée science/art reste d'actualité et est toujours débattue, il nous semble que les médecins se trompent souvent lorsqu'ils évoquent de quelle manière leur pratique personnelle est ancrée dans la science. Les deux domaines les plus « scientifiques » seraient EBM et l'usage des technologies d'investigation (par exemple l'imagerie fonctionnelle, le TEP-TDM, l'étude des -omiques) et de traitement (biothérapies, traitements ciblés, etc.). La plupart des médecins considèrent que c'est en faisant de la clinique qu'ils sont au plus loin de la science. Mais si on prend comme étalon la science bernardienne et qu'on questionne la scientificité de l'exercice clinique lui-même, on peut à bon droit considérer la clinique comme une pratique authentiquement expérimentale. Nous approfondirons ce point dans le chapitre IX.

⁷⁹ BROADBENT Alex, « Prediction, Understanding, and Medicine », art.cit.

⁸⁰ MONTGOMERY Kathryn, *How doctors think; clinical judgment and the practice of medicine*, Oxford, Oxford University Press, 2006, p. 190-206. Solomon qui cite cette expérience dit qu'elle peut sembler familière mais qu'elle pose une question : cette réassurance issue de l'expérience d'un praticien compréhensif s'ajoute au savoir statistique, ou offre-t-elle une certitude fautive ? SOLOMON Miriam, « Epistemological reflections on the art of medicine and narrative medicine », art.cit.

⁸¹ CANGUILHEM Georges, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible? », art.cit., p.86.

La confusion est facile entre science et certitude d'une part, art et incertitude d'autre part. Canguilhem nous mettra sur la voie, car la question n'est pas là : l'incertitude levée par les recommandations fondées sur des preuves (*evidence based*) n'est pas tant levée par la science que par la croyance en ses possibilités et dans l'autorité des *guidelines*. Si la pratique médicale implique de prendre en compte la subjectivité, si la subjectivité a une incidence sur l'expression de la maladie, la conduite du traitement et le devenir du malade, alors il serait irrationnel (et donc anti-scientifique) de ne pas en tenir compte sérieusement, c'est-à-dire avec des méthodes adéquates.

En somme, le principal problème d'EBM pourrait bien être d'être diffusé comme le seul discours légitime de véridiction. Le véritable danger est le dogmatisme qui présente EBM comme un nouveau paradigme plutôt que comme une démarche qui fournit au médecin une aide partielle dans l'incertitude⁸². Comme le suggérait Foucault⁸³, les discours qui prétendent faire valoir leur vérité comme norme devraient être abordés aussi sous l'angle d'une histoire des ontologies de la véridiction, qui pose entre autres cette question : quel est le mode d'être que ce discours impose au sujet qui le tient ? Ne doit-on pas alors faire le constat suivant : EBM est un discours sans sujet ? Il transforme le réel dont il parle (i.e. la pratique médicale) en une résolution de problèmes selon les règles d'un raisonnement linéaire. Il impose au médecin qui veut le tenir et jouer comme il faut ce jeu déterminé de la vérité, de réduire la situation de son malade à un problème dont la solution est statistique. Mais cet usage d'EBM est loin d'être imposé : si on en s'en tient à sa définition, EBM ne privilégie pas la preuve contre le jugement clinique, mais privilégie les connaissances systématiques aux prétentions d'une expérience faillible⁸⁴. Ce qui est alors, de plein droit, du ressort du jugement pratique est selon nous de bien discerner si on se trouve dans un cas où les connaissances systématiques donnent suffisamment d'indications pour faire taire la voix de l'expérience, ou si elles ne fournissent qu'un éclairage partiel. Dans une lettre à Thomas Molyneux en 1693, John Locke fait une remarque circonstancielle sur l'actualité de son époque, qui, *mutatis mutandis*, peut valoir encore comme conseil de prudence aujourd'hui :

« Sur un fondement tel que l'histoire bien établie des maladies, il est possible d'ériger sans danger des hypothèses, lesquelles je pense sont utiles, pour autant qu'elles servent comme un art de la mémoire qui guide le médecin dans des cas particuliers et qu'on ne se fie pas à elles comme à des fondements pour le raisonnement ou comme à des vérités dont on pourrait se satisfaire »⁸⁵.

Les critiques adressées à EBM touchent en effet à ce qui fournit une base à l'action médicale, à ce qui pourrait être assez solide pour fonder la pratique. Le socle doit être suffisamment large pour un édifice qui ne cesse de croître.

⁸² REACH Gérard, *L'inertie clinique...*, op.cit., p.64.

⁸³ FOUCAULT Michel, *Le courage de la vérité, Le gouvernement de soi et des autres II, Cours au collège de France 1984*, Paris, Gallimard/Seuil, « Hautes Etudes », 2009.

⁸⁴ PARKER Malcolm, « Whither our art ? Clinical wisdom and evidence-based medicine », *Medicine Health Care and Philosophy* 2002;5:273-280.

⁸⁵ CRIGNON Claire, *Locke médecin. Manuscrits sur l'art médical*, Paris, Classiques Garnier, 2016, p.463.

C. QUESTIONS EN SUSPENS

En amont des problèmes concrets, la crise à laquelle EBM entendait répondre, et qui se trouve relancée d'une autre manière, pose la question du fondement de l'action médicale, ou au moins de son cadre épistémologique.

C.1 FONDEMENTS DE LA MEDECINE.

Pour Anne Fagot-Largeault, la réponse à la demande de soins est l'adoption d'une position philosophique et la médecine est intrinsèquement philosophique⁸⁶. Elle ne cite pas Levinas mais Jonas, qui parle d'une injonction de la souffrance et du handicap : la simple respiration du nouveau-né adresse un « on doit » à son entourage. Pour Jonas, c'est l'archétype de la responsabilité morale, qui fait aussi trace d'une ontologie biologique de la morale. Ce qui est (le nouveau-né) appelle ce qui doit être. Selon Anne Fagot-Largeault, la philosophie implicite de la médecine se résume ainsi : une métaphysique (il y a du mal ; la nature n'est pas bien faite) ; une épistémologie et une méthodologie techno-scientifique (on peut y porter remède) ; une morale (il faut y porter remède, combattre le mal, corriger les imperfections de la nature, de manière efficace ce qui suppose des exigences de recherche scientifique) teintée d'ironie socratique (les efforts pour y porter remède sont dérisoires mais cela n'empêche pas de les continuer, pour l'honneur)⁸⁷. EBM n'éclaire donc que partiellement les deuxième et troisième dimensions mentionnées.

Or les partisans d'EBM estiment que la preuve issue d'études cliniques solides produit des raisons suffisantes pour croire et agir. C'est ainsi qu'il faut comprendre le terme de « based » dans *Evidence Based Medicine*. Upshur estime que EBM est liée épistémologiquement à une théorie des fondements⁸⁸, alors que les critiques portées sur EBM émergent d'épistémologies non fondationnalistes⁸⁹. Selon cet auteur, la preuve en médecine a des propriétés particulières, et il convient de distinguer la preuve de la vérité. La preuve est provisoire, modifiable, réfutable, capable d'être surpassée par une meilleure preuve. Elle a des applications et une utilité finies et délimitées, elle n'existe qu'en attente de son obsolescence. Dans ce cas, si c'est le fondement de la médecine, c'est au mieux une base éphémère et transitoire, et la médecine est fondée sur des sables mouvants. A mon sens, l'objection n'est pas très solide. Que la preuve soit réfutable et modifiable, c'est bien le régime habituel de la preuve en science. Pendant le temps où elle fait office de preuve, la preuve remplit pleinement son rôle de base solide, ou plutôt, de base la plus solide connue à ce jour. Ce n'est pas parce qu'elle est susceptible d'évoluer, c'est-à-dire qu'elle n'est pas une vérité éternelle, qu'elle ne permet pas de servir d'appui à une décision. Dans le vocabulaire kuhnien, c'est le régime de la science normale⁹⁰. Il

⁸⁶ FAGOT-LARGEAULT Anne, *Leçon inaugurale*, op.cit.

⁸⁷ Ibid. et FAGOT-LARGEAULT Anne, *Médecine et Philosophie*, op.cit., p.2.

⁸⁸ UPSHUR Ross EG, « If not evidence, then what? Or does medicine really need a base? », *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2002 ;8(2):113-9.

⁸⁹ En épistémologie, le fondationn(al)isme est une théorie de la connaissance qui se soutient d'une confiance dans la quête d'un savoir certain. Le but de la science est la production et la justification d'un savoir vrai, qui fonde les convictions justes et l'action. La démarche cartésienne est exemplaire de cette fondation du savoir scientifique.

⁹⁰ KUHN Thomas Samuel, *La structure des révolutions scientifiques*, op.cit.

faudrait distinguer alors les résultats de la recherche clinique (certains domaines n'en produisent pas, d'autres seront remis en question par des recherches futures), et le processus même d'EBM (à savoir : définir le problème ; construire et conduire la recherche de la meilleure preuve disponible, l'évaluer de manière critique, et l'appliquer au contexte), processus qui serait la véritable base fondatrice de l'acquisition de connaissances solides, dont l'utilité réelle reste encore d'ailleurs à démontrer à grande échelle.

Que l'on critique EBM en déplorant que cette approche néglige la part de l'expérience, de l'intuition, de la subjectivité, de l'ingéniosité dans ce qui fait la connaissance médicale (i.e. ce que sait le médecin et comment il le sait), ou que l'on défende son succès en argumentant que l'intuition, l'expérience, mais aussi la physiopathologie et l'autorité sont des bases insuffisantes à fonder des décisions cliniques, on en reste dans un cas comme dans l'autre à un débat stérile, malgré ses implications énormes, qui vont de la pratique quotidienne à la détermination des politiques de santé. On ne peut pas se contenter d'opposer deux fondements concurrents de la décision et de la connaissance. Il y a probablement d'autres manières de penser les rapports entre données factuelles, expérience clinique, intuition, et décision médicale. Est-ce d'ailleurs la question des fondements qui est la plus importante ? On l'a vu, la définition mûre d'EBM suppose l'intégration des données de preuve externes, de l'expérience du praticien, et de l'expérience du patient. Elle ne donne cependant aucune indication sur la manière de pondérer et de combiner ces différentes sources de connaissance ni la stratégie pour résoudre des conclusions conflictuelles. Or, c'est le point crucial, la question de fond.

Et cette question n'est pas nouvelle. Ce que nous montre cette définition, c'est qu'elle renvoie à une pratique multiséculaire. Déjà Galien répertoriait les résultats d'expériences pour constituer des preuves externes. Dans le *Corpus hippocratique*, l'appréciation évaluative des signes caractérise le bon médecin et Anne Fagot-Largeault y repère déjà ce type de raisonnement logique qui part « de prémisses partiellement incertaines ou lacunaires », vers « la conclusion la plus probable »⁹¹. Articuler des données scientifiques et une situation particulière est le propre de la médecine clinique. EBM n'est en réalité pas un nouveau paradigme. Ceux qui estiment le contraire (en dénigrant la clinique) manquent de resituer la place du savoir (scientifique) par rapport à une pratique ordonnée à l'individuel. EBM au sens plein, révisé, du concept n'est pas la « médecine scientifique nouvelle », c'est la tentative d'incorporer dans une décision clinique les meilleures données disponibles (ce qui ne veut pas dire qu'elles soient très bonnes pour autant). C'est pourquoi on peut préférer *Evidence informed practice* (pratique informée, éclairée par des données factuelles) à *EBM*. En effet, si je suis malade, je préfère que la décision – même partagée – prise à mon sujet soit éclairée par des données factuelles actualisées, les plus pertinentes possibles par rapport à ma situation.

Pourrait-on alors espérer une place « apaisée » pour EBM au sein de la pratique médicale ? C'est peut-être hasardeux, car précisément le point crucial renvoie à une confusion au sujet de la norme. Il faudra, nous le verrons dans la troisième partie, tenir avec Canguilhem que la norme ne se déduit pas de la moyenne mais se traduit dans la moyenne, ou encore, que la santé est la possibilité de dépassement des normes physiologiques⁹². Car EBM nous plonge dans la

⁹¹ FAGOT-LARGEAULT Anne, « Calcul des chances et diagnostic médical », *Médecine et Philosophie*, op.cit., p.36-37.

⁹² CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, op.cit., p.103-104.

normalité statistique et la confusion est rapide de confondre norme/moyenne et norme/idéal à atteindre.

Peut-on se passer de fondement ? Pour Upshur, non seulement la preuve ne peut être un fondement en médecine, mais la médecine n'a pas besoin d'un fondement solide unique pour pouvoir opérer correctement dans un réseau dynamique et émergent. Par rapport à la polarisation dichotomique du débat (science ou art, faits ou valeurs, sciences physiques ou humanités), il entend opter pour une conception non fondationniste de la médecine : EBM est alors un filin parmi d'autres dans un câble dont la force ne relève pas d'une seule méthode mais de leur interconnexion. Il faut donc intégrer toutes les dimensions. Plutôt que de chercher un fondement unique, imaginer une construction sur pilotis, dont EBM serait un élément parmi d'autres. Un certain nombre de commentateurs ont argumenté en faveur des dimensions qualitatives de la pratique : interprétation, subjectivité, langage naturel, méthodes qualitatives. Par exemple, Greenhalgh estime que c'est seulement dans un paradigme interprétatif que le clinicien aborde l'ensemble des éléments de preuve, à savoir sa propre expérience, les représentations du patient, le contexte culturel, et les résultats d'études publiées, le tout étant relié pour atteindre un jugement clinique intégré⁹³. Malterud plaide pour une complémentarité entre approches qualitative et quantitative en médecine, et pour la reconnaissance de l'importance d'une dimension tacite de la connaissance qui ne peut être explicitée⁹⁴. Shaughnessy compare le raisonnement clinique au jazz, tolérant l'incertitude et l'improvisation tout en étant sensible au chaos du contexte clinique⁹⁵. La médecine post-moderne est caractérisée par le relativisme, la contingence, la pluralité de sens. Elle est soupçonneuse vis-à-vis de la science et des intérêts cachés derrière la recherche. Elle est concernée par les valeurs autant sinon plus que par la preuve, les risques plus que les bénéfices, et la plus grande autonomie des consommateurs⁹⁶. Certains plaident pour considérer non pas tant une médecine post-moderne qu'une médecine post-normale : holistique, reflétant la diversité, des interactions riches et une dynamique complexe : la pratique clinique, l'organisation des soins, la gestion des informations, la recherche, l'éducation et la formation sont interdépendants et leur construction est interdépendante. Dans des systèmes complexes, l'imprévisibilité et le paradoxe sont inhérents au processus. La vision du monde ne doit plus être la réduction pour la résolution de problèmes mais une vue plus intuitive, créative, dynamique⁹⁷.

Ces approches interprétatives véhiculent le concept et l'image d'une médecine qui devrait assumer sa contemporanéité. Non fondationnistes, elles témoignent par leur variété de la dimension idéologique qui sous-tend la pratique mais reste le plus souvent implicite. Elles vont plus loin, ou sur des voies plus originales, que celles qui ne font que souhaiter des « ajouts non scientifiques » (empathie, médecine narrative, compétences relationnelles) à la science pour

⁹³ GREENHALGH Trisha, « Narrative based medicine in an evidence based world », *British Medical Journal* 1999; 318(7179): 323-25.

⁹⁴ MALTERUD K, « The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers », *Lancet* 2001; 358(9279):397-400.

⁹⁵ SHAUGHNESSY AF, SLAWSON DC, BECKER L, « Clinical jazz: harmonizing clinical experience and evidence-based medicine », *The Journal of Family Practice* 1998 ;47(6):425-8.

⁹⁶ MUIR GRAY JA, « Post-modern medicine », *Lancet* 1999 ;354 :1550-3.

⁹⁷ SWEENEY Kieran, KERNICK David, « Clinical evaluation : constructing a new model for post-normal medicine », *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2002;8(2):131-138.

réaliser une médecine complète. Mais ces points de vue audacieux manquent d'un ancrage concret.

C.2 QUEL CADRE EPISTEMOLOGIQUE POUR LA MEDECINE ?

Un critère devrait permettre de juger de la qualité du cadre épistémologique qu'on se fixe pour la pratique médicale : sa capacité à rendre compte et à structurer cette pratique, envisagée non pas d'un point de vue théorique, mais en partant de la clinique. Est-ce que EBM parvient, et si oui, comment, à rendre compte de quelques zones de la clinique qui sont loin d'être marginales car elles questionnent de manière incisive l'épistémologie en action ? L'exemple des « syndromes somatiques fonctionnels » illustre l'ambiguïté qui règne sur ces questions au sein même de la profession. Nous l'avons évoqué en conclusion de la première partie, et reprenons ici cet « analyseur » parce qu'il donne à voir les zones fragiles de l'épistémologie médicale. Ce label renvoie à des investigations (examen clinique physique, biologie, imagerie) rassurantes ou normales, en tout cas sans correspondance avec les symptômes dont se plaint le patient. Mais le diagnostic repose néanmoins sur des *critères* et les *explications* proposées ne manquent pas, nous l'avons montré à propos du syndrome de l'intestin irritable : il manque « simplement » une causalité biologique directe qui relie une lésion observable aux symptômes. Le nom « symptômes médicalement inexplicables » (SMI) ne fait sens que dans une perspective très réduite de ce qu'est une explication médicale. Les auteurs d'une revue de la littérature récente sur ce thème, et qui semblent particulièrement soucieux d'éclairer leurs collègues internistes⁹⁸ sur les modalités de diagnostic et de traitement, après avoir mentionné de nombreuses recherches épidémiologiques qui mettent en lumière les déterminations psychologiques et sociales des SMI, écrivent ceci : « Il existe également depuis quelques années une activité de *recherche scientifique* non négligeable sur les SMI »⁹⁹. Qu'est-ce qui se trouve désigné comme « scientifique » ? Des travaux de neurobiologie, d'imagerie fonctionnelle cérébrale, « prouvant la réalité physique des symptômes ressentis par les patients ». Mais ce qui se produit dans la pratique est que le médecin « éprouve les limites de son savoir et se sent mis en échec », alors que « le patient ressent une souffrance intense et redoute souvent une maladie mortelle »¹⁰⁰. N'est-on pas alors au cœur d'un dilemme épistémologique, que le médecin tente de résoudre en s'engageant dans la seule voie qu'il imagine valable pour faire droit à ces malades : trouver – à tout prix – un désordre biologique, une preuve matérielle ?

Ses perspectives épistémologiques sont à questionner par et pour le médecin clinicien lui-même. La science qui irrigue la médecine se réduit-elle aux sciences biologiques ? L'explication d'ordre médical se limite-t-elle à la causalité biologique ? Si l'objet de la médecine est l'individu malade plutôt que la maladie, alors toutes les sciences humaines ont leur légitimité pour fournir des voies de compréhension sinon d'explication de ce qui produit la

⁹⁸ L'interniste est en effet régulièrement consulté pour dire si oui ou non, il n'y aurait pas, quand même, une maladie rare qui puisse rendre compte des plaintes.

⁹⁹ Ibidem.

¹⁰⁰ Ibidem.

situation clinique¹⁰¹. Même si l'objet de la médecine se réduisait à la seule maladie (dans une perspective ontologique des maladies-*disease*), ne faudrait-il pas que le médecin considérât comme fondés à l'éclairer tous les domaines de la connaissance qui produisent des savoirs utiles à son propos ? Autrement dit, il faut *prendre EBM à la lettre* : c'est l'utilisation des meilleures preuves disponibles, quand bien même elles sont fournies par d'autres disciplines que la biologie, par d'autres études que des essais cliniques randomisés.

Aussi, il nous semble que toute proposition épistémologique au sujet de la médecine ne saurait se contenter de postulats théoriques pour conclure que tel ou tel pan de la pratique n'est pas pris en compte, mais devrait soit partir de la pratique, soit être révisée lorsque la pratique invalide l'hypothèse théorique. Dans la mesure où le cadre épistémologique adopté se reflète dans la formation et dans les pratiques elles-mêmes¹⁰², cette discussion, même quand elle se situe au seul plan théorique, n'a rien d'une dispute purement académique.

Une des difficultés du débat sur l'épistémologie de la médecine tient à la manière dont on l'envisage dans son évolution et sous l'angle de la division entre théorie et pratique. Du point de vue historique, on insiste soit sur la tradition séculaire de l'activité, soit sur les transformations qu'elle connaît du fait du développement des sciences et des techniques. On examine la pratique en son essence (les modifications n'en affectent pas le noyau dur), ou comme une pratique sans essence (elle se transforme de fond en comble au cours de l'histoire). Mais certains distinguent aussi la théorie médicale de sa pratique, et leurs évolutions respectives. Et là encore, on peut soit souligner que du temps d'Hippocrate, ni la théorie ni la pratique ne permettaient de diagnostiquer ou de traiter des maladies infectieuses, soit remarquer que la pratique de cette époque était déjà fondée sur l'observation et son accumulation dans une tradition transmise, et que la théorie par contre était spéculative et philosophique¹⁰³. Rachel Lewinsohn étend à notre époque ce que Edelstein disait du monde gréco-romain : par rapport à la majorité des médecins,

« un petit nombre de médecins ont aspiré à dépasser les limites étroites de leur art (craft) ; c'est eux qui ont établi la science de la médecine comme une fine couche au-dessus du corps imposant de compétences purement techniques et empiriques »¹⁰⁴.

La contribution réelle de la science à la pratique est peu questionnée, à cause du préjugé partagé par les profanes comme par les professionnels, qui décrète la supériorité de la médecine scientifique sur la médecine empirique. Or si supériorité il y a, comment comprendre la défiance croissante contre la « biomédecine » ? Aucune autre science (que la médecine) n'a eu autant d'impact sur la vie quotidienne, et pourtant, la médecine contemporaine et ses

¹⁰¹ On peut en saisir la richesse dans des ouvrages collectifs, par exemple SCHWEYER François-Xavier, PENNEC Simone, CRESSON Geneviève, BOUCHAYER Françoise (dir), *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Paris, Editions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2004 ; HALPERN Catherine (dir), *La Santé. Un enjeu de société*, Auxerre, Sciences Humaines Editions, 2010.

¹⁰² Il opère comme un dispositif au sens d'Agamben, c'est-à-dire qui façonne des subjectivités. AGAMBEN Giorgio, *Qu'est-ce qu'un dispositif ?*, Paris, Payot et Rivages, « Petite Bibliothèque », 2006.

¹⁰³ LEWINSOHN Rachel, « Medical theories, science, and the practice of medicine », *Social science and Medicine* 1998;46 :1261-70.

¹⁰⁴ EDELSTEIN Ludwig, *Ancient Medicine, Selected papers*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1987, p. 350. « a relatively small number of medical men aspired to overcome the narrow limits of their craft... It was they who established the science of medicine as a thin layer over the vast body of merely technical and empirical skill... ». Cité par Rachel LEWINSOHN, « Medical theories, science, and the practice of medicine », art.cit.

réalisations techniques (éradication de maladies infectieuses mortelles, transplantation d'organes, etc.) ne sont pas louées comme les sauveurs de l'humanité¹⁰⁵. Lewinsohn analyse ainsi cet apparent paradoxe : nos modes de vie perturbés par le stress (mais aussi les problèmes de santé mondiaux liés à la pauvreté) se manifestent comme des maladies physiques ou mentales, que les médecins peuvent diagnostiquer sans pouvoir les traiter, notamment parce qu'elles sont au carrefour de causes multiples (familiales, sociales, économiques, politiques) en-dehors du champ de compétence des seuls médecins ; les espoirs suscités par l'industrie, et le rêve illusoire d'un pouvoir total de la science se heurtent à des déceptions ; les composantes de la détresse humaine qui ne peuvent être décrits par les sciences naturelles sont de plus en plus souvent exclues de la médecine. Finalement, le malentendu est patent entre les attentes sociales et les réponses d'une médecine scientifique et technique de plus en plus cartésienne (au sens du dualisme). Les patients ont pu croire que le « médecin scientifique » avait multiplié ses pouvoirs traditionnels de soignant/guérisseur, alors que les progrès scientifiques ont rendu invisibles d'autres approches de la médecine, ont écarté comme superstition la puissance thérapeutique de la confiance, ont privilégié l'explication à la compréhension¹⁰⁶. Toutes ces considérations peuvent être étayées de constats empiriques, et complétées aussi de considérations sur le déclin de l'autorité de la science¹⁰⁷. La conclusion de Lewinsohn (et de bien d'autres avec elle) est celle-ci : pour ne pas céder au réductionnisme scientifique, il faudrait « réintroduire l'humanisme », en faire un élément aussi important que la science, pour opérer une « nouvelle synthèse », condition essentielle pour que le médecin et la médecine accomplissent leurs fonctions séculaires.

Mais le malentendu est aussi un malaise pour le clinicien : qu'on qualifie la médecine de science ne résonne pas avec ce qu'il pratique. De nombreux praticiens assument la dichotomie épistémologique ainsi : la science médicale est la connaissance générale des maladies et des interventions sur les maladies, et l'art médical les aptitudes à les appliquer aux patients particuliers¹⁰⁸. Mais peut-être se trompent-ils sur les caractéristiques que devrait posséder une science ? Le mode de penser propre à la clinique médicale (nous étudierons plus tard le raisonnement pratique, le jugement clinique) est aussi rationnel qu'il est possible de l'être, compte tenu de l'objet de la pratique. Il y a des hypothèses, des tests qui les confortent ou les écartent, de la logique dans le raisonnement, etc.¹⁰⁹ Nous défendrons l'idée que la clinique est expérimentale, au sens bernardien du terme, dans le chapitre IX : autre manière d'entendre que la clinique est le laboratoire de la médecine.

Fagot-Largeault reprend à son compte une phrase de l'épidémiologiste Feinstein : « ce n'est pas en étant moins scientifiques que nous serons plus humains, c'est en étant plus et autrement scientifique »¹¹⁰. L'être autrement, c'est admettre que la visée scientifique n'est pas détachable de la question : quel genre de monde voulons-nous pour nous-mêmes et nos descendants ?

¹⁰⁵ LEWINSOHN Rachel, « Medical theories, science, and the practice of medicine », art.cit.

¹⁰⁶ Ibidem.

¹⁰⁷ ISRAEL-JOST Vincent, « L'attribution d'autorité à la science. Approche néopoppérienne du problème », *Cahiers philosophiques* 2015 ; 142 (3) : 53-72.

¹⁰⁸ SOLOMON Miriam, « Epistemological reflections on the art of medicine and narrative medicine », art.cit.

¹⁰⁹ MONTGOMERY Kathryn, « Thinking about thinking: Implications for patient safety », *Healthcare Quarterly* 2009 ;12:191-194.

¹¹⁰ FAGOT-LARGEAULT Anne, *Leçon inaugurale*, op.cit.

J'ajouterais volontiers ceci : être autrement scientifique, c'est l'être rigoureusement, à savoir ne pas mêler science et vulgarisation scientifique, ou plutôt, car il est inévitable de vulgariser (le médecin est lui-même complètement vulgarisé), ne pas boucher le questionnement du malade (ne pas coloniser son ignorance¹¹¹) par de la pseudo-science.

L'être autrement, c'est aussi considérer dans sa réalité le fossé qui persiste à séparer les données disponibles et la solution à déterminer pour un malade particulier. Incorporer le théorème de Bayes (et demain une assistance par ordinateur) dans la démarche diagnostique « permet de raisonner rigoureusement dans des situations qui comportent une part d'incertitude ou d'irrégularité »¹¹², mais cela ne remplace pas la nécessité d'un talent d'observation des indices (pour pouvoir formuler des prémisses correctes au raisonnement), d'une expérience pour jauger le degré de plausibilité que ces indices confèrent aux hypothèses, et d'une puissance imaginative (intuition, savoirs tacites) pour juger de la part qu'il faut faire (comme on fait la part du feu) à l'apparente irrationalité de situations chaotiques et désordonnées. Autrement dit, il s'agit d'extraire le maximum d'aide pouvant provenir des données scientifiques, sans rester paralysé par leur nécessaire limitation.

Faut-il alors admettre que l'épistémologie médicale est plurielle ? Pour George Khushf il y a incontestablement *des* épistémologies médicales qui sous-tendent des pratiques épistémiques variées¹¹³. Il dresse une liste de douze pratiques épistémiques différentes¹¹⁴. Il propose ensuite trois tentatives pour trouver des métacatégories, voire un cadre général.

La première est une division en trois domaines reliés entre eux comme les sommets d'un triangle : une épistémologie descriptive qui étudie le raisonnement concret et les processus de décision effectivement employés par les médecins (ce qui suppose des travaux en neurosciences, en psychologie, en sociologie, etc.) ; une épistémologie normative qui se charge de déterminer les bonnes façons de produire et d'utiliser les savoirs (logique de justification), mais qui émet aussi des jugements sur ce qui est bon (ex : éviter le gaspillage des ressources) et tente de clarifier les tensions entre les deux sortes de normes ; une méta-épistémologie qui s'attache aux concepts de connaissance, de preuve, aux types d'inférences, etc. (qui correspond à l'épistémologie classique et qui implique peu les médecins eux-mêmes). Dans ce « paysage », EBM apparaît aux médecins comme un correctif normatif aux pratiques concrètes jugées défailtantes, mais apparaît aux philosophes comme la description de pratiques concrètes, orientées par la connaissance, et tombant alors sous la critique des critères de la preuve.

Dans une seconde tentative de regroupement, Khushf propose une division entre épistémologies pure (théorétique) et appliquée. La première, classique, met l'accent sur le contenu cognitif et la forme propositionnelle du savoir : les croyances (et les preuves qui les

¹¹¹ JURDANT Baudouin, *La colonisation scientifique de l'ignorance*, <http://www.litura.org/jurdant>.

¹¹² FAGOT-LARGEAULT Anne, « Calcul des chances et diagnostic médical », *Médecine et Philosophie*, op.cit., p.45.

¹¹³ KHUSHF George, « A framework for understanding medical epistemologies », art.cit.

¹¹⁴ Stratégies de récolte d'éléments probants (anamnèse et examen physique) ; reconnaissance de formes et savoirs experts ; heuristiques et biais et leur rôle dans le raisonnement clinique ; raisonnement bayésien ; diagnostic différentiel ; raisonnement causal ; raisonnement selon les mécanismes ; recherche d'informations pour éclairer un cas spécifique ; justification et usage des recommandations et des cheminements cliniques ; approches systémiques pour écarter les erreurs et améliorer la qualité ; théories et pratiques des mesures et des tests, usage et abus ; connaissance des patients en tant que personnes (et non comme porteurs d'une maladie).

soutiennent) sont associées au contenu propositionnel, la vérité est celle de l'adéquation entre le contenu propositionnel et l'état du monde, la justification est comprise en termes de chaînes d'inférence¹¹⁵. Dans le contexte de la pratique, d'autres types de connaissances ne cadrent pas bien avec cette épistémologie classique : par exemple, le médecin connaît (ou non, ou partiellement) son environnement professionnel ; il connaît des patients personnellement ; il sait comment réussir tel geste technique ; il sait se servir des systèmes d'information pour améliorer le suivi de ses malades ; etc. Ces formes de savoirs ne rentrent pas dans le schéma de croyances propositionnelles vraies et justifiées mais sont néanmoins essentielles en médecine. On peut les regrouper sous le label d'épistémologies appliquées, qui ont trait au savoir-faire, à des savoirs situés, ce qu'on associe habituellement à l'art de la médecine (et avant cela à la sagesse pratique ou *phronēsis*).

Mais qu'est-ce qui est *connu* précisément quand on parle de savoirs situés ou de savoir-faire ? Dans toute pratique, un certain nombre de capacités sont déployées pour assurer que les actions sont adaptées au monde qu'elles modifient. A chaque étape, les agents cherchent à s'assurer que leurs hypothèses et leurs pratiques soient ajustées correctement au monde : ce qui concerne les hypothèses et les raisonnements peut être modélisé selon l'épistémologie classique, mais ce qui concerne les pratiques elles-mêmes implique un jeu d'amélioration par des essais et la correction des erreurs. La question normative de la justification suppose un alignement complexe des buts de l'agent et de toutes les données de la situation du cas à traiter. Cette composante normative est seconde, mais elle fait aussi partie de l'épistémologie. L'ajustement des connaissances théoriques avec le monde est appelé « vrai », ce qui relève des savoir-faire « adapté ». S'il est difficile, dans la pratique diagnostique par exemple, de nommer exactement ce qui est connu, le savoir-faire diagnostique n'est pas sans rapport avec la conscience de l'incertitude et des limites de la compréhension correcte du cas. Connaître ses propres limites est une vertu méthodologique, épistémique et morale, que Kennedy appelle la « suspension compassionnelle du jugement »¹¹⁶. Mettre en rapport, par des capacités cognitives, les signes d'une maladie avec une ou plusieurs catégories nosographiques n'est qu'un aspect parmi d'autres du savoir médical. Le savoir pratique associé à la conscience des limites de la connaissance et à l'intelligence émotionnelle (qui renseigne sur certains aspects de l'état du monde et guide aussi l'action) oriente l'usage qui est fait du savoir théorique. Comme l'écrit Ryle, l'activité intelligente (savoir-*comment*) n'a pas besoin d'être précédée d'une reconnaissance intellectuelle du bien-fondé des critères du savoir-*que*¹¹⁷. Ici encore, les catégories habituelles de l'épistémologie ne conviennent pas à rendre compte de la pratique médicale.

La troisième approximation proposée par Khushf prend en compte les organisations sociales et matérielles de la formation et de l'exercice de la médecine. Les procédés épistémiques (par exemple perception et raisonnement) sont en effet influencés par le contexte social et matériel,

¹¹⁵ Khushf situe à la limite de ce savoir propositionnel un type de connaissance qui a des qualités différentes. Par exemple, quand un médecin remarque des vésicules cutanées d'un certain genre et qu'il affirme « ce malade a un zona ». La proposition combine ce qui est vu et une catégorie diagnostique, détermine les vésicules perçues comme un signe, soit un percept catégorisé (qui implique un système complexe de différenciation).

¹¹⁶ KENNEDY Ashley Graham, « Differential diagnosis and the suspension of judgment », *Journal of Medicine and Philosophy* 2013; 38: 487-500. Cf. le chapitre sur la sophrosuné.

¹¹⁷ RYLE Gilbert, *La notion d'esprit. Pour une critique des concepts mentaux*, Paris, Payot et Rivages, 2005, p.93-102.

et cette influence est généralement partiellement inaccessible à l'agent épistémique : une épistémologie sociale est alors nécessaire. On a coutume de comprendre les examens complémentaires comme une simple extension des perceptions de l'agent (par exemple un scanner de l'abdomen étend la vision médicale à l'intérieur du corps) qui n'altère pas le raisonnement. Mais qu'en est-il des savoirs fournis par le malade ? Comment sont-ils intégrés dans le raisonnement ? Une erreur médicale peut résulter d'un défaut d'écoute et pas d'une lacune dans le savoir médical. Nous discuterons plus loin la question des savoirs issus de l'expérience vécue du malade, mais avons déjà évoqué la façon dont ses propos s'intègrent dans la démarche diagnostique (cf. le diagnostic comme rhétorique).

Tous ces débats ont une raison profonde : l'incertitude de la pratique médicale¹¹⁸. On désire la réduire au maximum. Mais ce désir peut conduire à en méconnaître voire à en dénier le caractère irréductible. Réciproquement, affirmer son caractère irréductible peut conduire à méconnaître voire à refuser l'importance des connaissances les plus assurées possibles. Toutefois, il y a une autre raison, bien mise en avant par Canguilhem, que nous prendrons plus loin comme guide : la rationalité médicale, dont on voit bien qu'elle est plurielle, bute sur la subjectivité.

La crise épistémologique est donc profonde. Son ampleur rend probablement compte de l'espoir que suscitent aujourd'hui intelligence artificielle et *big data*. La fin du chapitre ne signifie pas la clôture du débat, qui sera explicitement dans la troisième partie mais est latent dans l'ensemble de la thèse. Le savoir médical, bien ou mal fondé, a pour finalité la thérapie et c'est à présent sous l'angle de sa finalité que nous poursuivons notre enquête critique sur la crise de la médecine.

¹¹⁸ Renée Fox a rendu classique, dans l'approche sociologique de la médecine, la catégorisation de trois niveaux d'incertitude : la maîtrise incomplète ou imparfaite du savoir disponible, les limites propres à la connaissance médicale du moment, et la difficulté pour un médecin de faire la part des deux premiers niveaux (FOX Renée, *L'incertitude médicale*, Louvain-la-Neuve, CIACO-L'Harmattan, 1988). Géraldine Bloy y ajoute celles concernant le statut médical du consultant en médecine générale (est-il vraiment malade ?), la nature de sa demande (BLOY Géraldine, « L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles », *Sciences sociales et santé* 2008 ; 26 (1) : 67-91). Mais il y a encore une incertitude concernant l'adhésion du patient à son traitement (BIEHN J, « Managing uncertainty in family practice », *Canadian Medical Association Journal* 1982 ; 126: 915-7), les dangers des médicaments (ISRAËL Lucien*, *La décision médicale. Essai sur l'art de la médecine*, Paris, Calmann-Lévy, 1980)... Nous verrons tout au long de ce travail d'autres zones d'incertitudes encore.

CHAPITRE V. UNE CRISE DES FINALITES. MEDECINE INDIVIDUALISEE ET MEDECINE CENTREE SUR LA PERSONNE.

« Son aboutissement dans une action thérapeutique bonne et adéquate est ce qui constitue la
médecine en tant que telle ».

Pellegrino et Thomasma¹

¹ PELLEGRINO Edmund D, THOMASMA David C, *A philosophical basis of medical practice. Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*, op.cit., p.211.

La pratique de la médecine clinique peut être décrite comme une succession de décisions qui prêtent à conséquences. Dans la phase d'élaboration du diagnostic, ces décisions sont autant de jugements qui portent sur l'existence, plus ou moins avérée, plus ou moins probable, d'une ou de plusieurs maladies. Nous nous intéressons ici à la phase thérapeutique, où la conclusion de la décision est l'action : traiter ou ne pas traiter, employer tel ou tel procédé, intervenir sur le champ ou de manière différée, courir ou non tel risque, etc. Ces décisions, petites ou grandes, prêtent à conséquence car l'action médicale modifie – parfois de manière irréversible – le devenir de la personne qui a sollicité les compétences, le savoir-faire et l'expérience du médecin.

S'il a déjà été question du choix des traitements informés par EBM dans le chapitre précédent, ici nous prenons un autre point de départ pour la réflexion, point de départ qui est aussi la destination de l'action médicale, à savoir l'individu soigné. Cela nous permettra d'ailleurs de prolonger certaines remarques sur la crise épistémologique.

Qu'attendons-nous, qu'espérons-nous, pour nous-mêmes ou ceux que nous chérissons, lorsque nous avons affaire à la médecine, en consultation, aux urgences, lors d'une hospitalisation¹? Gageons que nous attendons des soins individualisés, et que sous ce terme nous indiquons une préférence pour des soins – du *care* au *cure* – qui s'adressent à nous, personnellement. On entendra ici par « soins » un triplice qui allie les trois significations du mot soin² : des actes spécifiquement orientés par des besoins identifiés comme tels ; le soin (attention, réflexion, application) apporté à ces actes ; la relation à l'autre dont on prend soin, dont on a le souci. Pressés de préciser nos vœux, ne dirions-nous pas escompter :

– être nommés et reconnus pour qui nous sommes, pouvoir raconter ce qui nous est arrivé, ce qui nous fait mal, ce que nous redoutons, avant qu'on ne nous expédie au scanner corps entier ? Car nous gardons de nos passages à l'hôpital le sentiment d'être surtout l'énième exemplaire d'une maladie. Entre la position de sujet et celle de prédicat, nous préférons celle de sujet.

– être reconnus par nos déclarations verbales, y compris celles qui déclinent notre état civil, et non priés d'attendre que la carte vitale atteste de notre existence autorisée ? Nous voudrions qu'on s'adressât à nous en tant que personne avant d'être l'objet d'une « identitovigilance » tatillonne, qui sollicite notre seule approbation à ce que l'écran affiche de notre pédigrée. Nous avons pris conscience qu'être dûment identifiés était compatible avec un paradoxal anonymat³.

– exprimer de vive voix ce qui nous a plu et déplu, plutôt que d'avoir à remplir un questionnaire de satisfaction en ligne ? Nous ne voulons pas être considérés comme les clients d'une institution-entreprise, ardemment incités à évaluer après coup les prestations délivrées.

¹ Une partie de ce chapitre vient de paraître : WEBER Jean-Christophe, « L'individualisation des soins : des modalités multiples », in PIERRON Jean-Philippe, VINOT Didier, CHELLE Elisa (dir), *Les valeurs du soin ; Enjeux éthiques, économiques et politiques*, Paris, Seli Arslan, 2018, p.43-55. Un précédent article avait déjà abordé le rapport bénéfices-risques : WEBER Jean-Christophe, « La dimension éthique du rapport bénéfices-risques », *ScienceLib - Intersection*, Editions Mersenne 2011;1:157-75.

² DORON Claude-Olivier, LEFEVE Céline, MASQUELET Alain-Charles, « Introduction », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* 2010/1 ; 4 : 3-11.

³ Voir par exemple Claire MARIN, *Hors de moi*, op.cit., p.52 sq. ; DAVOUS Dominique, LE GRAND-SEBILLE Catherine, SEIGNEUR Etienne (dir.), *L'éthique à l'épreuve des violences du soin*, op.cit.

– entendre des explications que nous comprenons, des réponses sincères aux questions que nous posons, plutôt que de devoir signer un formulaire de consentement après lecture d'un document dont nous n'avons pas retenu l'essentiel ? Nous n'aimons pas nous voir sommés de désigner une personne de confiance ou de rédiger des directives anticipées simplement parce que « dans ce service, c'est obligatoire avant une opération ».

– être en droit de dire que nous avons peur de tel médicament parce qu'il nous rappelle la maladie de notre grand frère, que nous préférierions différer la chirurgie après les vacances des petits enfants ? Nous aimerions pouvoir le dire sans crainte d'apparaître inopportun, parce que nous savons confusément que ces réserves pourraient être levées, pourvu que le médecin accepte le dialogue.

– pouvoir bénéficier d'un traitement qui soit adapté plutôt que d'un protocole standardisé ? En réalité, nous n'attendons pas seulement d'être correctement « ciblés » conformément à nos caractéristiques génétiques, mais qu'on tienne aussi et avant tout compte de nous-mêmes, ce « nous-mêmes » désignant une totalité individuelle non réductible aux critères distinctifs de notre maladie ou de nos cellules⁴.

– pouvoir appeler le médecin « mon médecin », c'est-à-dire, « celui qui accepte ordinairement de moi que *je l'instruise* sur ce que seul je suis fondé à lui dire »⁵ ?

– bénéficier enfin d'un soin qui ne soit pas administré à la file, de manière machinale, par des soignants qui usent d'un code sémantique aussi uniforme que leur tenue vestimentaire⁶, et qui ne se transmettent plus entre eux que des informations codifiées⁷ ?

On ne ignore que ces attentes s'exacerbent dans une époque marquée par un certain individualisme. L'heure est au « soi » préoccupé de son identité, attentif à son vécu singulier, à son expérience intime⁸.

A. LE MOMENT THERAPEUTIQUE ET L'INDIVIDUALISATION DES SOINS

Ainsi interpellé par les attentes des malades, le médecin pourrait se défendre d'avoir jamais pratiqué autre chose qu'une médecine individualisée⁹. Dès lors qu'il voit en consultation les patients un par un, qu'il inscrit un nom et un prénom sur ses ordonnances, qu'il ne pratique pas

⁴ On peut par exemple être attentif aux conséquences physiques de l'incontinence urinaire (risque de chutes, complications cutanées), en établir systématiquement un score prédictif, et ne pas prendre en compte la perte d'estime, la culpabilité, la honte et la dépression qui en résultent. REGAT-BIKOÏ Chantal, et al., « L'incontinence urinaire chez des personnes âgées hospitalisées en unité de gériatrie: est-ce vraiment une priorité pour les infirmières? », *Recherche en soins infirmiers* 2013/4 ;115 : 59-67.

⁵ CANGUILHEM Georges, « La santé : concept vulgaire et question philosophique », art. cit., p. 64 (nous accentuons).

⁶ La perception des patients par rapport à l'individualisation des soins infirmiers dont ils bénéficient dépend d'un certain nombre de facteurs (durée du séjour, état de santé, niveau d'éducation, implication dans des décisions partagées). KÖBERICH Stefan et al., « Factors influencing hospitalized patient's perception of individualized nursing care : a cross-sectional study », *Nursing* 2016;15:14.

⁷ HABEREY-KNUESSI Véronique, HEEB Jean-Luc, DE PAULA Emilie Morgan, « L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier », *Recherche en soins infirmiers* 2013/4 ;115 : 8-18.

⁸ GAUCHET Marcel, « Trois figures de l'individu », *Le Débat* 2010 ; n° 160 : 72-78.

⁹ Xavier Guchet suggère que « l'idée que chaque patient est unique eu égard à la maladie et au traitement est sans doute consubstantielle à toute pratique médicale ». GUCHET Xavier, « Le patient "actionnable" de la médecine personnalisée », *Socio-anthropologie*, 2014 ;29 : 37-51.

plusieurs opérations en même temps, il peut estimer que ses soins sont *ipso facto* individualisés. D'une certaine façon, si l'individu est l'organisme vivant visé par la thérapeutique, presque toute la médecine est individualisée (quitte à ce que l'individu reste quelconque, simple élément d'une collection). Mais il doit humblement admettre qu'une grande part de son exercice quotidien implique une méconnaissance presque volontaire des normes individuelles¹⁰. Une des justifications fortes de cette tendance est qu'elles sont impossibles à déterminer *a priori*. On se heurte en effet à un dilemme. D'un côté, certes, « c'est toujours avec des individus qu'il [le médecin] a affaire », mais comme « l'individuation des objets se prête mal à la connaissance *more geometrico* », le médecin, inquiet de l'incertitude qui en résulte, s'appuie sur ce qu'on peut savoir de « l'homme moyen » et des maladies. C'est probablement une des raisons de l'engouement pour EBM, nous l'avons mentionné au chapitre précédent. Pouvoir s'en tenir à une recommandation simple et valable dans de nombreux cas procure une épargne cognitive appréciable. De l'autre côté, le médecin ne s'adresse pas à des maladies (entités nosologiques ou phénomènes pathologiques), car « c'est toujours avec des individus qu'il a affaire », et l'appui sur les statistiques ne permet pas savoir à l'avance où passera la limite entre le bienfaisant et le nocif pour *ce* malade. L'individualisation des soins va se heurter, *in fine*, à ces limites : incertitude dans l'*a priori*, disposition subjective d'expérimentation (« et on n'expérimente, c'est-à-dire on ne soigne, qu'en tremblant »¹¹). Car, comme l'écrivait déjà Aristote dans les premières pages de la *Métaphysique*, il n'y a pas de science du particulier¹². Or la médecine *est* le traitement du particulier. Tentée de se prémunir de l'incertitude, elle va connaître une tension interne dans son effort pour individualiser les soins pour répondre aux attentes des patients. Bien entendu, il ne faut pas hypostasier non plus l'idiosyncrasie de chaque situation pour ce qui concerne les déterminants biologiques de la maladie : nous avons suffisamment en commun pour que des régularités aient pu être déterminées et que la clinique puisse s'enseigner et se transmettre¹³.

Une autre difficulté émane de l'organisation des soins. Figure symptomatique d'une individualisation impersonnelle voire déshumanisante, le Numéro d'Identification Permanente (NIP) épingle chaque usager à son entrée dans un établissement de soins. Le NIP importe davantage que le nom et le prénom, car ce qui compte, c'est l'identitovigilance, pas la reconnaissance de la singularité, laquelle est plus large que l'individu autonome, puisqu'elle implique son milieu, son histoire et sa participation au commun. Ce qui compte c'est l'identification aux fins de traçage, pour des raisons de sécurité (i.e. transfusion), d'imputation d'activité, de facturation, et pas l'impact des soins sur un destinataire individuel, ni l'hospitalité qu'on déploie pour une personne. On peut à cet endroit parler de dédoublement du lien social du soin : il *peut* (ou non) s'établir avec Dominique Muller, mais il *doit* s'établir avec le quidam dont le numéro matricule le distingue de tous les autres. La *connaissance* cognitive prend le pas

¹⁰ CANGUILHEM Georges, « Thérapeutique, expérimentation, responsabilité » (1959), in : *Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant le vivant et la vie*, Paris, Vrin, 7e éd., 1994, p.384.

¹¹ Ibidem, pour toutes les citations qui précèdent dans le paragraphe.

¹² Locution à entendre, partout où nous l'avons employée en référence à Aristote, comme un génitif objectif : il n'y a pas de science possible qui porte sur un être individuel et contingent. Donnant cette précision, je prends aussi conscience de l'équivoque. Répéter qu'il n'y a pas de science du particulier, n'est-ce pas refuser à l'individu un savoir ? (génitif subjectif).

¹³ PARKER Malcolm, « Whither our art ? Clinical wisdom and evidence-based medicine », art.cit.

sur la *reconnaissance* de l'individu, qui « exprime le fait que l'autre personne est censée posséder une "valeur" sociale »¹⁴. Les dispositifs de sécurité qui contribuent à la « qualité des soins » accentuent cette prééminence de l'identification cognitive au détriment de la reconnaissance.

A ces problématiques s'ajoute l'articulation malaisée entre individu et santé publique. L'article 2 du Code de déontologie médicale dispose que le médecin est au service des deux. Or l'individualisation des soins contraste avec la surveillance des conditions de vie, la santé des populations et les mesures d'hygiène collective. Ici individu s'oppose à masse, foule, collectivité. Par exemple, dans une politique d'éradication d'une maladie infectieuse par la vaccination (tétanos, variole, rougeole, etc.), il s'agit précisément *de ne pas individualiser* l'administration du vaccin (en fonction du degré de risque personnel de contracter la maladie), même si chaque dose vaccinale est injectée à un individu. Les travaux de Michel Foucault sur la gouvernementalité, en tant qu'elle implique la médecine, montrent l'intrication des techniques d'individualisation et des procédures globalisantes¹⁵. La figure du pouvoir pastoral, notamment, souligne l'intégration de préoccupations collectives (la santé du troupeau) et des techniques de soins adressées à chaque individu. Depuis les années 1980 et l'irruption du sida¹⁶, on constate que

« L'espace médical [est] de plus en plus occupé, à l'échelle des nations dites développées, par les équipements et règlements sanitaires et par la multiplication programmée des 'machines à guérir' »¹⁷.

L'insistance contemporaine sur l'individualisation des soins peut être lue en partie comme une demande d'attention – adressée par un malade singulier à un médecin singulier – qui naît d'un sentiment de frustration : la médecine, dans ses modalités actuelles d'exercice, me fournit-elle la santé que je pense individuellement mériter¹⁸ ? Toutefois, cette attente, quand elle se fait le porte-parole de l'individualisme, scotomise le côté obscur de la force : les discours d'experts comme les pratiques de la santé publique distillent aussi une individualisation qui est incitation ardente à intérioriser les normes médicales et à devenir l'entrepreneur de sa propre santé. Une certaine forme d'individualisation passe par la délégitimation de normes biopolitiques aux individus eux-mêmes¹⁹.

Enfin, dernier point délicat à prendre en compte, l'individualisation des soins peut masquer au contraire la négligence des collectifs sociaux et politiques sans lesquels aucune individualisation n'est réellement aboutie. Le postulat individualiste nous fait perdre de vue que

¹⁴ HONNETH Axel, « Visibilité et invisibilité. Sur l'épistémologie de la "reconnaissance" », *Revue du MAUSS*, 2004/1 ; 23 :137-151.

¹⁵ FOUCAULT Michel, *Il faut défendre la société, Cours au collège de France 1976*, Paris, Gallimard/Seuil, « Hautes Etudes », 1997 ; *Sécurité Territoire population, Cours au collège de France 1977-1978*, Paris, Gallimard/Seuil, « Hautes Etudes », Paris, 2004 ; *Naissance de la biopolitique, Cours au collège de France 1978-1979*, Paris, Gallimard/Seuil, « Hautes Etudes », 2004.

¹⁶ CHAUVEAU Sophie, « L'épreuve du vivant : santé publique et marché en France depuis les années 1970 », *Le mouvement social* 2009/4 ; 229 :79-101.

¹⁷ CANGUILHEM Georges, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible? », art.cit., p.86.

¹⁸ Ibid., p.97.

¹⁹ MEMMI Dominique, « La biopolitique déléguée », in Dominique FASSIN et Dominique MEMMI (dir), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2004.

le social est autre chose que des agrégats formés à partir de monades isolées qui décideraient, par leur volonté souveraine, de nouer des contrats, par exemple de prestation de soins.

Mais plaçons-nous maintenant au moment même du choix thérapeutique. Qu'il soit fait d'un simple coup d'œil ou après une longue délibération, il comporte une mise en balance des avantages et des inconvénients de chaque option envisagée. Quand la pesée est explicite, elle est nommée établissement du rapport bénéfices-risques. On suppose ainsi que deux options thérapeutiques seront départagées selon un critère défini par le meilleur rapport. Nous voulons pour nos malades la meilleure décision thérapeutique possible. C'est notre engagement responsable à leur égard. Comment estimer le meilleur rapport ? Tout ce qui assiste le processus de décision est *a priori* bienvenu. En effet, une responsabilité immense pèse sur le décideur.

Voilà esquissée l'arène de la compétition qui semble opposer aujourd'hui deux courants qui ont inscrit à leur agenda l'individualisation des soins : médecine personnalisée et médecine centrée sur le patient (ou sur la personne). Ces deux courants affichent une attention au malade individuel, celui-là même que la médecine est prompte à mettre entre parenthèses²⁰, alors qu'un tel suspens falsifie la légitimité même de la pratique médicale ordonnée à « cette modalité de la vie qu'est l'individualité de l'homme »²¹.

A.1 LA MEDECINE DE PRECISION ET SES LIMITES

La médecine dite personnalisée, ou médecine de précision, s'efforce de fournir, par l'affinage de l'objectivation scientifique du particulier jusqu'à ses points d'idiotypie (immunologique, génétique, et toute la série des -omiques, protéomique, métabolomique, etc.), des éléments factuels, si possible chiffrés, à même de guider le choix thérapeutique et de réduire autant que possible la marge d'incertitude *a priori* qui affecte son degré d'efficacité²². On peut espérer ainsi être dégagé d'une partie du poids de la responsabilité qui nous incombe, si on se fonde sur un calcul des bénéfices et des risques le plus précis et le plus objectif possible. Affiner le rapport bénéfices-risques c'est déjà le spécifier au maximum en fonction de caractéristiques épidémiologiques ou biologiques liées au patient ou à sa maladie. Par exemple, prescrire de l'abacavir suppose d'avoir déterminé si le malade à traiter porte l'allèle HLA B*5701, qui confère un risque non négligeable d'hypersensibilité de type IV, forme d'allergie précoce et potentiellement mortelle²³. Un autre exemple est celui des traitements dits « ciblés » pour certains cancers, qui permettent de mieux comprendre que des sous-groupes de patients tirent avantage de traitements dont d'autres ne bénéficient pas²⁴. Cette approche permet de

²⁰ Nous reviendrons longuement sur ce point au chapitre VIII, en étudiant le texte de Georges CANGUILHEM, « Le statut épistémologique de la médecine », art.cit.

²¹ Ibid., p.426.

²² Certains appellent médecine des systèmes (*systems medicine*) la translation de ces *big data* biologiques dans des modèles prédictifs computationnels, qui permettraient de *calculer la vie* (telle est l'ambition) à l'échelle des patients. VOGT Henrik, et al., « Getting personal: can systems medicine integrate scientific and humanistic conceptions of the patient? », art.cit.

²³ NEGRINI S, BECQUEMONT L, « Pharmacogenetics of hypersensitivity drug reactions », *Thérapie* 2017;72(2):231-243.

²⁴ DUAN L, MUKHERJEE EM, NARAYAN D, « Tailoring the treatment of melanoma: implications for personalized medicine », *Yale Journal of Biology and Medicine* 2015; 88:389-95.

gagner en précision, soit sur le chiffrage des risques, soit sur celui des bénéfiques, et accomplit un des engagements d'*Evidence Based Medicine*, celui de l'utilisation des meilleures données prouvées²⁵. Nous y reviendrons un peu plus loin en développant ce qu'on nomme la balance bénéfices-risques. Toutefois, la précision obtenue est loin d'atteindre l'échelon de l'individu, ce qui rend l'expression de médecine personnalisée souvent plus proche de la promesse ou du slogan que d'une réalité concrète²⁶. L'association Formindep (« pour une formation médicale indépendante au service des seuls professionnels de santé et des patients ») estime que la « médecine personnalisée » n'est qu'une des nouvelles modalités de façonnage de maladies pour en faire des supports de produits industriels²⁷.

Son essor et ses premiers succès tendent à occulter trois limitations. La première est épistémologique : la précision reste celle d'une conjecture. La médecine, dans sa dimension thérapeutique, reste une conjecture. Rappelons qu'une conjecture est une supposition fondée sur des probabilités, et *qui n'est pas contrôlée par les faits*. Dire qu'elle est *fondée* signifie que la supposition n'est pas gratuite, elle n'est pas arbitraire ; par contre, son fondement n'est pas une certitude *a priori*, ce n'est qu'une probabilité assortie d'un intervalle de confiance. Ainsi l'association entre des variants génétiques et des processus pathologiques et/ou des réponses à des médicaments reste probabiliste²⁸. Certes, ces probabilités ont elles-mêmes été construites à partir de faits, mais le fait qui validera ou infirmera *in fine* la supposition est encore à venir : c'est le résultat obtenu chez tel ou tel malade, après une prescription qui vaut comme mise à l'épreuve de l'hypothèse pour le cas individuel. Or celui-ci conserve, y compris dans des situations habituelles, une part d'inconnu. C'est pourquoi l'affirmation déjà ancienne de Canguilhem résonne toujours de son actualité : « soigner c'est toujours expérimenter »²⁹. Deux motifs pour cette mise en garde : d'une part, le caractère individuel de l'action thérapeutique se prête mal à une connaissance de type mathématique ; d'autre part le médecin *ne peut dire à l'avance* où passe la limite entre le nocif, l'innocent ou le bienfaisant, et cette limite peut varier d'un malade à un autre. Chaque médecin sait bien qu'en situation de prescription, il se trouve hors des conditions expérimentales de production des connaissances prouvées, et que les extrapolations peuvent être hasardeuses. Ajoutons une remarque au titre de la limitation épistémologique : l'idiotypie organique dévoilée par la science n'est pas le malade individuel³⁰, alors que c'est la totalité indivisible de l'individu saisi comme organisme (en rapport avec son milieu) qui est l'échelon *biologique* pertinent, et non des sous-structures moléculaires. Et pour le médecin praticien c'est la clinique, celle qui « met le médecin en rapport avec les individus complets et concrets et non avec des organes ou leurs fonctions³¹ », qui fournit à la pathologie la notion de maladie, et en aucun cas « l'analyse physiologique de fonctions séparées » : « la maladie du malade » et « la maladie du médecin » se recouvrent rarement³² ; et définir vraiment

²⁵ SACKET DL et al., « Evidence-based medicine : what it is and what it is'nt », art.cit.

²⁶ GUCHET Xavier, *La médecine personnalisée. Un essai philosophique*, Paris, Les Belles lettres, 2016.

²⁷ COLLECTIF FORMINDEP, « Le *disease mongering* à l'heure de la médecine "personnalisée" », *Les tribunes de la santé* 2017 ;55 :37-44.

²⁸ GUCHET Xavier, « Le patient "actionnable" de la médecine personnalisée », art.cit.

²⁹ CANGUILHEM Georges, « Thérapeutique, expérimentation, responsabilité », art.cit., p.389.

³⁰ TUTTON Richard, « Personalized medicine : futures present and past », *Social Science and Medicine* 2012;75:1721-8.

³¹ CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, op.cit., p. 50.

³² Ibid., p. 54.

la maladie, c'est la déshumaniser³³. Par son appellation, la médecine personnalisée masque l'écart qu'elle creuse entre traiter la maladie et soigner le malade. Si elle argue du fait qu'il n'y a pas de meilleure façon de soigner quelqu'un que de traiter le dysfonctionnement de ses cellules, c'est une conception assez réduite de la personne qui est promue³⁴.

La seconde limitation est épistémologique et éthique : la précision de la règle n'efface pas le hiatus entre la règle et son application. Prendre la « meilleure décision thérapeutique possible » renvoie aussi à une autre métrétique que celle de la probabilité statistique, celle de la *juste* mesure, « juste » au sens de ce qui tombe à point nommé et de ce qui est adapté au mieux à la situation particulière du patient. Elle n'a pas tant affaire à une mensuration, à une détermination chiffrée dans le sens du plus grand/plus petit, qu'à la bonne mesure, appropriée au cas singulier³⁵. Cette seconde métrétique ne peut être approchée par la même voie, car elle nécessite autre chose que des faits validés au terme d'un processus d'expérimentation rigoureuse, qui seraient ensuite appliqués au cas sans considération de ses particularités, du contexte, des circonstances. Ici, ce qui est requis est de mettre au service d'un individu concret les connaissances factuelles, mais aussi d'affronter une situation souvent complexe, qui implique une grande quantité d'informations intriquées, des données manquantes, des ambiguïtés, parfois une certaine urgence à agir. Comme il n'existe pas de science du particulier, il faut recourir à cette capacité d'évaluer *hic et nunc* « ce qu'il est opportun de faire dans une circonstance contingente »³⁶, et tout particulièrement dans ces situations concrètes où le cas particulier recèle une part d'indétermination. Nous en traiterons plus amplement dans la troisième partie : depuis les anciens, cette capacité se nomme *phronēsis* (φρόνησις)³⁷.

La troisième limitation est éthique et politique : la décision médicale est idéalement un processus délibératif qui intègre les préférences du malade³⁸. Mais que pèsent encore des préférences face à la puissance de la prévision étayée par l'acuité de la précision³⁹? Dans l'esprit de la loi du 4 mars 2002 et de la volonté politique d'aller vers une démocratie sanitaire, le patient devient un usager actif qui prend, avec le professionnel de santé, des décisions éclairées et fondées sur ses valeurs. Mais la médecine personnalisée cible l'infra-individuel (nos cellules, nos valeurs biologiques) pour nous enrôler éventuellement dans des démarches personnalisées de conduites de santé impliquant notre responsabilité individuelle, par exemple en nous prescrivant *le* régime alimentaire adapté à notre protéome⁴⁰. Si sous l'angle éthique, l'incertitude du rapport bénéfices-risques pour un patient donné renforce la justification du respect de son autonomie, qu'en sera-t-il si l'incertitude est levée ? L'adhésion ou le refus seront-ils interprétés comme soumission ou rébellion ?

³³ Ibid., p. 53.

³⁴ En fin de chapitre, une note sur la notion de personne fait brièvement le point sur les difficultés qu'elle suscite.

³⁵ PLATON, *Le politique*, (Pol.) trad. Luc Brisson et Jean-François Pradeau, in PLATON, *Oeuvres complètes*, Luc BRISSON (dir), Paris, Flammarion, 2008, p. 1367-1433.

³⁶ VIRNO Paolo, *Motto di spirito e azione innovativa*, Torino, Bollati Boringhieri, 2005, p.24.

³⁷ ARISTOTE, *EN*, 1104a.

³⁸ HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la décision médicale partagée. Etat des lieux*, 2013.

³⁹ PETERSEN Alan, « The genetic conception of health: is it as radical as claimed? », *Health* 2006; 10; 481-500.

⁴⁰ GUCHET Xavier, « Le patient "actionnable" de la médecine personnalisée », art.cit.

Cependant, même si « la maladie du malade » et « la maladie du médecin » se recouvrent rarement, c'est bien l'homme individuel concret que nous voulons soigner. Il faut alors prendre acte que la médecine dite personnalisée est loin du compte. Elle vise la maladie du malade en tant qu'elle est analysable par la biologie. Le sujet qui en est porteur est évacué. Or au point d'origine, c'est bien parce qu'il y a « des hommes qui se sentent malades qu'il y a une médecine »⁴¹. Un traitement adapté aux caractéristiques biologiques de l'individu pourrait très bien être puissamment individualisé, taillé sur des mesures précises, sans être pour autant adressé à la « personne », au sujet, à l'être parlant, qui sont presque ici « en excès » sur l'individualisation matérielle, physico-chimique. Ce n'est que l'intervention sur mesure qui fait accéder réellement à la personnalisation⁴².

A.2 LA MEDECINE CENTREE SUR LA PERSONNE

La « médecine centrée sur la personne » (ou encore « centrée sur le patient », « centrée-patient » : il y a de fait plusieurs appellations et plusieurs nuances dans le contenu) se présente comme une alternative au modèle biomédical dominant dont la médecine de précision est l'avancée la plus récente⁴³. Courant ancien⁴⁴ (se réclamant alors de l'homme contre la technique), elle accompagne aujourd'hui la revendication de patients devenus usagers du système de soins contre le traitement « inhumain » qu'ils subissent. La médecine centrée sur la personne introduit le bénéficiaire de l'action dans le processus de choix, à côté des données factuelles et de l'expérience du médecin. A travers les préoccupations d'information et de recherche d'un consentement⁴⁵, à travers le souci éthique de faire droit à l'autonomie des patients (i.e. leur liberté de se déterminer⁴⁶), on peut lire une tentative de relèvement des insuffisances de la biomédecine⁴⁷. Tiendrait-on alors le modèle idéal d'individualisation des soins ? La « médecine centrée sur le patient » qui se place dans une perspective bio-psycho-sociale vise à la fois une approche globale des problèmes de santé à ces trois niveaux, et une approche compréhensive du patient dans sa singularité (son expérience propre de la maladie, sa propre (in)compréhension des causes et des conséquences), et non comme suppôt d'une entité morbide. Le paternalisme médical est refusé au profit d'une relation entre adultes ; les besoins et les préférences du patient sont reconnus, et sa collaboration doit être recherchée. La participation active du patient est, dit-on, essentielle. Dans la relation au malade, on met en

⁴¹ Ibidem.

⁴² KARPIK Lucien, *L'économie des singularités*, Paris, Gallimard, « Bibliothèque des sciences humaines », 2007, p.51.

⁴³ CORNETTA Kenneth, BROWN Candy Gunther, « Perspective: balancing personalized medicine and personalized care », *Academic Medicine* 2013; 88: 309-13.

⁴⁴ Une des références fondatrices est l'article de George L ENGEL, « The need for a new medical model: a challenge for biomedicine », *Science* 1977; 196:129-136.

⁴⁵ Le droit, la jurisprudence et aujourd'hui l'accréditation insistent sur le respect des droits de l'homme et du citoyen, sur les droits de la personne hospitalisée, sur la protection et la satisfaction du patient, sur son information et le recueil de son consentement.

⁴⁶ SULLIVAN Mark, « The new subjective medicine : taking the patient's point of view on health care and health », *Social Science and Medicine* 2003 ;56 :1595-1604.

⁴⁷ LEWINSOHN Rachel, « Medical theories, science, and the practice of medicine », art.cit. ; WEBER Jean-Christophe, « Présences et absences du sujet dans le discours et la pratique de la médecine actuelle », in J. Kinable, M. Legrand, J.-L. Brackelaire, L. Nshimirimana (dir), *Transhumances V, Actes du colloque de Cerisy : Résistances au sujet, résistances du sujet*, Namur, Presses Universitaires de Namur, 2004, p. 281-94.

avant le concept d'alliance thérapeutique, qui nécessite empathie, congruence, regard positif inconditionnel. Le médecin lui-même est ardemment incité à prêter attention à la relation, et être attentif à ses propres mouvements émotionnels⁴⁸.

L'appellation de médecine centrée sur la personne (ou sur le patient) n'étant pas univoque, nous précisons le sens que nous lui donnons ici : une médecine centrée sur le malade signifie une prise en compte des trois limitations de la médecine de précision ; le malade concret n'est pas un élément quelconque d'une sous-population pour laquelle les bénéfices et les risques moyens d'une intervention ont été définis ; la décision s'apparente à un décret souple adapté au cas et suppose une sagesse pratique à l'œuvre⁴⁹ ; les préférences du patient contribuent au processus de décision partagée. L'expérience du praticien fait le pont entre l'individu et la science : interpréter les données factuelles pour le patient, adapter les savoirs et les recommandations à une situation particulière, interpréter les préférences du malade comme des arguments en faveur des différentes branches de l'alternative soumise au choix⁵⁰. Clairement, l'expérience ici est celle qui résulte du franchissement répété du hiatus irréductible qui sépare la règle générale – fût-elle spécifiée au maximum – et son application au cas particulier – toujours grevée d'incertitude et de contingence.

Or, pour asseoir sa légitimité par rapport au modèle bio-médical dominant, il lui faut parvenir à convaincre de sa supériorité, ce qui signifie aujourd'hui d'en apporter des preuves, de la soumettre au processus EBM. La satisfaction des patients semble nettement améliorée. Mais cela n'est pas suffisant : le constat de variations dans les pratiques de soin génère une inquiétude, car il faut aujourd'hui pouvoir proposer des standards dont la qualité soit garantie et certifiée. Or l'établissement de mesures valides et fiables est rendu difficile par la complexité de l'objet à mesurer. C'est pourquoi, on voit s'opérer, pour évaluer le modèle, et notamment la relation médecin-malade, le même réductionnisme nécessaire à toute mesure quantitative reproductible : établissement d'un profil de personnalité de médecin plus ou moins orientée vers une approche empathique; analyse de consultations avec codage des comportements spécifiques ou des fragments de discours, pour une évaluation quantifiable du style de comportement verbal du médecin. On cherche ensuite à corrélérer ces mesures au degré de satisfaction des patients et à leur adhésion au traitement⁵¹. La norme en vigueur est en effet celle de l'utilité. Peut-être arriverons-nous à des niveaux de preuve suffisants pour que la médecine centrée sur le patient soit *evidence-based* et soit alors recommandée comme norme voire imposée comme un standard ?

Si cette approche dessine des contours plus larges que la médecine de précision (on pourrait la dire supra-individuelle, appréhendant les superstructures psycho-sociales de l'individu,

⁴⁸ MEAD Nicolas, BROWER Peter, « Patient-centredness : a conceptual framework and review of the empirical literature », *Social science and Medicine* 2000, 51 :1087-1110.

⁴⁹ Il en sera largement question au chapitre VIII. La sagesse pratique ou *phronēsis* suppose de l'expérience, car les « faits particuliers, ne nous deviennent familiers que par l'expérience ». ARISTOTE, *EN*, 1142b15.

⁵⁰ L'entreprise est rude, car les données numériques statistiques nécessitent des connaissances précises pour pouvoir être correctement interprétées. Sturmborg en fournit plusieurs exemples : STURMBERG Joachim, TOPOLSKI Stefan, « For every complex problem, there is an answer that is clear, simple and wrong, and other aphorisms about medical statistical fallacies », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2014;20:1017-1025.

⁵¹ La littérature ici est trop abondante pour être référencée exhaustivement. Pour un exemple significatif, voir : KIM Sung Soo, KAPLOWITZ Stan, JOHNSTON Mark V, « The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance », *Eval Health Prof* 2004; 27: 237-51.

quand l'autre resterait infra-individuelle, intéressée par les substructures moléculaires), il n'en reste pas moins que le même écueil peut la guetter, de passer à côté des attentes du sujet, telles que nous les avons dressées plus haut. Si la prise en compte de l'individu en tant qu'être biologique, psychologique et social revient à le catégoriser, à l'évaluer dans les trois registres, alors on aura simplement étendu le territoire de son objectivation, prélude à une normalisation possible qui soit plus efficace. D'autant que si la médecine centrée sur le patient a été développée, ce n'était pas dans l'optique d'une médecine qui s'instruise des malades eux-mêmes⁵². Aussi est-il permis de s'interroger sur les points de convergence entre médecine de précision et médecine centrée sur le patient, là où l'on tend habituellement à souligner leurs divergences : dans les deux cas, individualiser c'est affiner l'objectivation du particulier. Ce qui manque pour compléter les actes objectivants, ce sont, pour le dire avec les mots de Lain Entralgo, « des actes coactualisants » qui intègrent « le sens que prend pour la personne du patient la maladie dont il souffre »⁵³.

Pour prouver son efficacité, le modèle bio-psycho-social tend à une standardisation, à partir de l'évaluation, certes multidimensionnelle, de besoins, qui se heurtera toujours aux faits suivants, de constatation courante : il y a des ratés dans la prise en charge globale, les malades sont indociles, ils sont rebelles à leur propre santé, ils réclament à la fois de l'autonomie et ne supportent que difficilement de prendre des décisions qui les concernent au premier chef. Comment le clinicien doit-il entendre une souffrance due à l'intolérance de la société ? Est-ce qu'il convient d'exploiter l'hypocondrie des individus pour les discipliner dans leur style de vie ? Comment le médecin peut-il discerner ce qui relève de la médicalisation et ce qui ne devrait pas en relever ?⁵⁴ Alors que le soin véritable requiert (*nécessité*) son individualisation et qu'une science du particulier est *impossible*, comment réaliser l'individualisation des soins ?

Pour avancer dans notre réflexion, nous nous proposons à présent d'approfondir l'analyse critique d'un moment qui la spécifie, à savoir l'établissement du rapport bénéfices-risques.

B. LA NOTION DE RAPPORT BENEFCES-RISQUES

Elle a son lieu de naissance explicite dans les évaluations réglementaires des protocoles de recherche, des médicaments ou des dispositifs biomédicaux⁵⁵. Il s'agit d'ailleurs d'une obligation légale inscrite au Code de la Santé Publique⁵⁶. Les critères de l'évaluation d'une nouvelle molécule sont le bénéfice attendu (l'efficacité du médicament) et le risque (effets

⁵² BLEAKLEY Alan, BLIGH John, « Students learning from patients: Let's get real in medical education », art.cit.

⁵³ LAIN ENTRALGO Pedro, *Le médecin et le malade*, op.cit., p.157.

⁵⁴ WEBER Jean-Christophe, « La médecine comme outil de normalisation sociale du citoyen », in : Eurocos, *Humanisme et santé (dir), Normes et procédures ; la santé entre menaces et opportunités*, Paris, Editions de santé, 2006, p.133-9.

⁵⁵ URFALINO P, « L'autorisation de mise sur le marché du médicament : une décision administrative à la fois sanitaire et économique », *Revue Française des Affaires Sociales* 2001 ;4 : 85-90.

⁵⁶ Article L5121-9 du code de la santé publique imposant l'évaluation du rapport bénéfices/risques : « L'autorisation... est refusée lorsqu'il apparaît que le médicament... est nocif dans les conditions normales d'emploi, ou qu'il n'a pas la composition qualitative et quantitative déclarée, ou que l'effet thérapeutique annoncé fait défaut ou est insuffisamment justifié par le demandeur ».

indésirables), et le risque jugé acceptable est tributaire de la gravité de la maladie traitée. On sait que deux tendances peuvent s'opposer : d'un côté la précaution qui a tendance à maximiser l'appréhension des risques et donc à freiner le processus d'approbation officielle d'une nouvelle molécule⁵⁷, de l'autre la volonté d'accélérer la mise à disposition d'un traitement encore expérimental, au motif que la prise de risques est justifiée pour des malades qui n'ont pas d'autre perspective thérapeutique. On jugera d'autant plus tolérable le risque d'effets indésirables sérieux que la maladie engage le pronostic vital, si le traitement proposé comporte une chance raisonnable d'obtenir sa rémission et en l'absence d'alternative. Les associations de malades militent parfois dans ce sens⁵⁸. Cette balance est également au cœur de l'examen des protocoles de recherche clinique sous l'angle de la protection des personnes⁵⁹. Ici encore, la loi (du 9 août 2004) l'a inscrite dans le Code de la Santé Publique⁶⁰. Nous n'insisterons pas sur ces deux aspects (développement des médicaments et recherche clinique) de la question qui ont déjà fait l'objet de nombreux commentaires et analyses⁶¹.

A partir de la recherche, la notion de rapport bénéfices-risques a rapidement été étendue à la pratique clinique ordinaire. Sa justification dans la décision médicale individuelle est double, scientifique et morale : d'une part les données extraites ou extrapolées de la recherche clinique permettent un calcul de l'efficacité et des risques et fondent la décision sur des faits prouvés (*evidence-based medicine*) ; d'autre part établir la balance bénéfices-risques est une manière (et peut-être la meilleure manière à première vue) d'articuler les principes de bienfaisance et de non-malfaisance⁶², tout en fournissant au patient – dans une perspective centrée sur la personne – des éléments d'information précis qui permettent de respecter son autonomie de choix⁶³. Dans une perspective distincte, celle de l'éthique des vertus, la balance bénéfices-risques peut être considérée comme une actualisation de la *phronēsis* aristotélicienne⁶⁴ : une tradition qui remonte à Hippocrate (*primum non nocere*) recommande une prudence de bon aloi dans un jugement qui pèse les risques possibles au regard des bénéfices attendus pour toute orientation thérapeutique⁶⁵.

⁵⁷ JOHN SD, « How to take deontological concerns seriously in risk–cost–benefit analysis: a re-interpretation of the precautionary principle », *Journal of Medical Ethics* 2007;33:221–224.

⁵⁸ DALGALARRONDO Sébastien, « Quelle place pour les associations de malades dans le processus d'innovation médicamenteuse ? Le cas des maladies rares », *Revue Française des Affaires Sociales* 2007 ;3-4 : 171-191.

⁵⁹ HIRSCH Emmanuel, « Éthique de la recherche et bonnes pratiques professionnelles, apports et limites de la loi du 9 août 2004 », *Santé publique* 2004/4 ; 44 : 713-8.

⁶⁰ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, article L. 1123-7 : « Le comité (de protection des personnes) rend son avis sur les conditions de validité de la recherche, notamment au regard de : (...) le caractère satisfaisant de l'évaluation des bénéfices et des risques attendus et le bien-fondé des conclusions (...) ». Il y a 9 items d'évaluation en tout.

⁶¹ Voir par exemple LONDON Alex, « Reasonable risks in clinical research: a critique and a proposal for the integrative approach », *Statistics in Medicine* 2006; 25:2869–85; WEIJER Charles, « The ethical analysis of risk », *Journal of Law, Medicine and Ethics* 2000 ; 28: 344-61 ; ANRS, « Charte d'éthique de la recherche dans les pays en développement », *Journal International de Bioéthique* 2003 ;14,n°1-2,129-136.

⁶² BEAUCHAMP Tom L, CHILDRESS James F, *Les principes de l'éthique biomédicale*, Paris, Les Belles Lettres, 2008.

⁶³ TABUTEAU Didier, « La décision en santé », *Santé Publique* 2008/4 ; 20 : 297-312.

⁶⁴ VOYER Gilles, *Qu'est-ce que l'éthique clinique ? Essai philosophique sur l'éthique clinique conçue comme réactualisation de l'éthique aristotélicienne*, Québec, Fides, 1996.

⁶⁵ Notons qu'on en trouve mention aussi dans le traité médical (Kitâb al-Taysîr) d'Ibn Zuhr (Avenzoar), qui reflète la médecine arabe dans l'Espagne musulmane du XIIe siècle, communique un savoir thérapeutique qui n'a de cesse de peser les risques (notamment ceux liés à la constitution et à l'âge) possibles eu égard aux bénéfices attendus (ZUHR Ibn de Séville, *Le traité médical (Kitâb al-Taysîr)*, Paris, Vrin, 2010).

Mais on n'omettra pas de rappeler ici que le rapport bénéfices-risques fonde aussi le concept de « sécurité sanitaire »⁶⁶, et traduit aussi l'évolution d'une médecine qui crée des dommages par son intervention même⁶⁷. La notion est implicite dans la loi : le « médecin doit s'interdire (...) de faire courir au patient un risque injustifié » (Article R 4127-40 du Code de la santé publique).

Enfin, il ne faut pas méconnaître qu'elle prend place dans une actualité qui mise sur le consumérisme et son corollaire, le choix⁶⁸. En économie ou en science du management, la modélisation des choix individuels associe typiquement une valeur numérique à chacune des branches de l'alternative et caractérise le choix comme la maximisation de la valeur⁶⁹. Pour toutes ces raisons, l'expression de rapport bénéfices-risques connaît un vif succès dans la littérature médicale, surtout depuis 2000⁷⁰, et elle fait partie des éléments « tracés » dans le dossier médical du patient pour toute décision d'importance.

B.1 MEDECINE DE PRECISION, QUALITE DE VIE ET DECISION PARTAGEE

Nous l'avons indiqué, la médecine de précision/médecine « personnalisée » se présente légitimement comme un des acteurs majeurs pour déterminer des rapports bénéfices-risques plus avantageux, permettant d'optimiser les succès et de minimiser les risques en spécifiant les sous-groupes d'individus potentiellement bénéficiaires ou à risque accru. Les outils utilisés sont multiples : développement de biomarqueurs, analyses de sous-groupes des essais thérapeutiques⁷¹, pharmacogénomique⁷², génétique des cellules tumorales⁷³, stratification des risques par utilisation de données cliniques, biochimiques ou d'imagerie, que ce soit par exemple dans certains cancers⁷⁴, dans l'insuffisance rénale terminale du sujet âgé⁷⁵ ou pour les maladies cardiovasculaires⁷⁶, etc. Les enjeux stratégiques pour la génétique et l'industrie pharmaceutique sont colossaux⁷⁷.

⁶⁶ ALAM T, « Les mises en forme savante d'un mythe d'action publique : la sécurité sanitaire », *Genèses* 2010 ; 78 : 48-66.

⁶⁷ FOUCAULT Michel, « Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine ? », art.cit.

⁶⁸ EMANUEL Ezekiel J, « Choice and representation in health care », *Medical Care Research Review* 1999; 56 (suppl 1): 113-40.

⁶⁹ ELSTER Jon, *Agir contre soi, la faiblesse de volonté*, Paris, Odile Jacob, 2007.

⁷⁰ L'interrogation de la base de données « Pubmed » donne 67824 entrées à la date du 16 juillet 2018 pour « benefit risk ratio ». Le nombre d'entrées annuelles croît régulièrement depuis la fin des années 90.

⁷¹ FILLERON T, GILHODES J, DELORD JP, CABARROU B, « Analyse en sous-groupes et Forest Plot : limites et intérêts », *Bulletin du Cancer* 2017 ;104 :92-100.

⁷² NEGRINI S, BECQUEMONT L, « Pharmacogenetics of hypersensitivity drug reactions », art.cit.

⁷³ DUAN L, MUKHERJEE EM, NARAYAN D, « Tailoring the treatment of melanoma... », art.cit.

⁷⁴ LEE S, HAN S, SHIM JH, KIM SY, WON HJ, SHIN YM et al., « A patient-based nomogram for predicting overall survival after radiofrequency ablation for hepatocellular carcinoma », *Journal of Vascular and Interventional Radiology* 2015;26:1787-94.

⁷⁵ COUCHOUD CG, BEUSCART JB, ALDIGIER JC, BRUNET PJ, MORANNE OP, « Development of a risk stratification algorithm to improve patient-centered care and decision making for incident elderly patients with end-stage renal disease », *Kidney International* 2015; 88:1178-86.

⁷⁶ KIRCHHOF P, SIPIDO KR, COWIE MR, ESCHENHAGEN T, FOX KAA, KATUS H, et al. « The continuum of personalized cardiovascular medicine : a position paper of the European Society of Cardiology », *European Heart Journal* 2014;35:3250-7.

⁷⁷ GUCHET Xavier, *La médecine personnalisée...*, op.cit.

Une situation fréquemment évoquée est celle de l'anticoagulation des personnes en fibrillation auriculaire pour prévenir le risque d'accident vasculaire cérébral. Savoir qu'une anticoagulation bien contrôlée par la warfarine réduit ce risque de près des deux-tiers est une chose. Mais considérer que le risque d'accident embolique n'est pas homogène et dépend d'un grand nombre de facteurs, et le mettre en balance avec les accidents potentiels des anticoagulants qui eux aussi sont tributaires de plusieurs paramètres, a permis de construire des scores (CHA2DS2-VASc et HAS-BLED) dont l'usage est hautement recommandé pour prendre une décision thérapeutique. Avec l'arrivée d'anticoagulants directs qui n'ont pas tous la même cible, le processus décisionnel est devenu plus complexe, amenant certains auteurs à préconiser une plus grande précision dans le processus de choix, en prenant en compte un troisième score (SAMeTT2R2) prédictif d'un bon contrôle par la warfarine (anticoagulant classique, moins coûteux), mais aussi d'autres caractéristiques (i.e. être d'origine asiatique, avoir une insuffisance rénale, préférer une prise unique, etc.) afin d'ajuster au mieux, si un traitement est indiqué, le choix de telle ou telle molécule⁷⁸.

Définir le traitement optimal pour un malade concret ne peut pas se contenter de considérer objectivement le profil du malade, mais suppose des considérations contextuelles contingentes et idéalement va plus loin encore en impliquant le patient dans la décision : le médecin doit alors faciliter la compréhension par le malade de son risque individuel et prendre en considération les préférences du patient⁷⁹. Réciproquement, la précision recherchée pour le rapport bénéfices-risques inclut de plus en plus la dimension de la qualité de vie, qui vient pondérer les données d'efficacité brute par des considérations d'utilité⁸⁰. La désirabilité de tel état de santé obtenu contribue à enrichir les recommandations de bonne pratique et les choix de santé publique. De nombreuses études expérimentales visent à intégrer utilité et préférences dans une grandeur qui puisse faire l'objet de comparaisons chiffrées, notamment en confrontant les sujets de l'expérience à des situations hypothétiques entre lesquelles ils doivent choisir⁸¹. En réalité, ces méthodes mettent surtout en évidence une grande variabilité des préférences individuelles en fonction du degré de certitude/incertitude de l'issue considérée, et en fonction de la désirabilité (utilité) de l'état escompté. Soit par exemple le scénario d'un malade coronarien à qui on propose un pontage chirurgical, assorti d'une promesse d'aller mieux (qu'en cas de traitement médical exclusif), mais avec un certain risque de complications (qui l'amèneraient dans un état pire que le *statu quo*). Lorsque la chance de succès du pontage est annoncée comme faible, c'est le *statu quo* qui a la faveur des sujets. Au fur et à mesure que la probabilité de succès augmente, les sujets sont de moins en moins enclins à opter pour la sécurité et de plus en plus tentés par l'intervention chirurgicale, même si elle comporte des risques⁸². Ces études montrent aussi les limites de validité des résultats ainsi obtenus : sensibilité des réponses au contexte d'interrogation (et donc difficultés d'extrapoler au malade

⁷⁸ SHIELDS A, LIP G, « Choosing the right drug to fit the patient when selecting oral anticoagulation for stroke prevention in atrial fibrillation », *Journal of Internal Medicine* 2015;278:1-18.

⁷⁹ Ibidem.

⁸⁰ MUSSCHENGA Albert W, « The relation between concepts of quality-of-life, health and happiness », *Journal of Medicine and Philosophy* 1997;22:11-28.

⁸¹ Pour une bibliographie sur ce point, voir LAUNOIS R, « La prise en compte des préférences des patients dans les choix de santé individuels et collectifs », *Revue Epidémiologie et Santé Publique* 1994 ;42 :246-62.

⁸² Ibidem.

concret) ; difficulté d'identification des variables cliniques à l'origine du score global ; absence de démonstration qu'un indicateur sensible dans une pathologie le sera aussi dans une autre⁸³. Pour le moment, sauf exception, la sophistication apparente qui module les bénéfices bruts (efficacité) par un indice de qualité (pour donner des QALYs⁸⁴, soit une durée de vie modulée par son « utilité ») cache que l'affectation d'un coefficient d'utilité à telle forme de vie n'est en général pas fournie par les malades eux-mêmes, mais par des « experts ».

D'autre part on suppose que le malade va se saisir des informations essentielles sur ses risques pour exprimer ses préférences et donner son consentement. Mais les (rares) études menées en clinique montrent une incompréhension saisissante des rapports bénéfices-risques par les malades : par exemple, étudiant 71 patients informés des bénéfices et des risques de l'endartériectomie carotidienne, Lloyd et al. montrent que la plupart des patients ont une perception erronée des risques et des bénéfices potentiels de l'intervention⁸⁵. Ni la médecine de précision ni le modèle de la décision partagée ne peuvent atteindre réellement leur but si on ne tient pas compte de ce qui se passe en réalité, notamment de la manière dont les médecins présentent les options possibles à leurs malades. Il est donc nécessaire d'approfondir notre réflexion : nous insisterons ici surtout sur ce qui semble requis, en matière de rapport bénéfices-risques, pour une authentique médecine centrée sur la personne : il ne suffit pas d'amener la précision des faits prouvés à l'échelon de l'individu pour y parvenir.

B.2 AU CŒUR DU RAPPORT : CALCUL OU METAPHORE ?

Déplions l'évidence de l'expression « rapport bénéfices/risques » (*benefit-risk ratio* ou *benefit-risk assessment* en littérature anglaise). Sa simplicité apparente, son adoption généralisée par les professionnels, l'ont rendue banale, immédiatement compréhensible et souhaitable. Mais analysons les termes : dans la discussion avec le patient, le mot « risque » évoque des choses variées. Ce n'est pas uniquement le risque du traitement (effets indésirables), c'est aussi –et peut-être avant tout pour le malade– la menace de la maladie qui peut progresser. Pour le malade le risque est surtout un danger, qui le menace dans sa chair, et c'est l'*amplitude* du dommage qui est au premier plan des représentations, alors que pour le médecin c'est plutôt la *probabilité* de survenue de l'événement négatif qui prévaut. De plus un risque n'est pas obligatoirement un risque subi, il peut aussi être affronté volontairement (par le malade, mais aussi par le médecin) pour parvenir à un résultat. Notre société est plutôt anxieuse devant les risques, et tout particulièrement devant ceux qui résultent de notre activité : risque iatrogène, comportements à risque, risques environnementaux, etc.⁸⁶ Cette anxiété alimente la quête de rationalité dans la décision, qui conduit à définir de véritables matrices décisionnelles⁸⁷. Retenons donc qu'on raisonnera différemment sur les risques selon nos

⁸³ Ibidem.

⁸⁴ Quality Adjusted Life Years : exprime un bénéfice en termes d'années de vie en bonne santé. L'efficacité brute est pondérée par le coefficient d'utilité qui varie entre 0 et 1. Par exemple un traitement qui procure 5 années d'une existence dont « l'utilité » est de 0,8 (ce qui signifie que sa « qualité » est estimée à 80%), produit 4 (5 x 0,8) QALYs.

⁸⁵ LLOYD A, HAYES P, BELL PR, NAYLOR AR, « The role of risk and benefit perception in informed consent for surgery », *Medical Decision Making* 2001;21:141-9.

⁸⁶ BECK Ulrich, *La société du risque ; sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion, 2008.

⁸⁷ TABUTEAU Didier, « L'expert et la décision en santé publique », *Les tribunes de la santé* 2010 ;27 : 33-48.

propres représentations de nos actes (bienfaisants ou dommageables), selon nos représentations des risques comme subis ou affrontés, selon le poids que l'on accorde à considérer le malade comme un patient passif ou comme un patient qui garde sa propre agentivité (*agency*).

Le bénéfice est historiquement d'abord un bienfait (sens attesté en 1198) avant d'être un gain (1680), et c'est surtout cette dernière signification qui prévaut aujourd'hui. On pourrait préférer, pour traduire l'anglais « benefit », le terme « avantage ». Privilégier « bénéfice » reflète probablement la volonté de passer du qualitatif au quantitatif. Parmi tous les sens du mot « rapport », celui qui est le plus proche du « ratio » anglais est « la relation de comparaison de deux grandeurs inégales, mais de même espèce, et qui peut être évaluée avec précision, ce qui suppose une mesure »⁸⁸. Ce sens apparaît à la fin du XVII^e siècle, précisément au moment où le sens de bénéfice glisse de bienfait à gain, et où *ratio* apparaît en anglais pour désigner une relation quantitative entre deux nombres. On notera que l'utilitarisme de Bentham puis Mill est l'ancrage philosophique principal de la notion de rapport bénéfices-risques qui résume l'utilité et la moralité d'une action examinée sous l'angle de ses conséquences prévisibles⁸⁹. La diffusion ultérieure d'une rationalité axée sur le calcul strictement comptable marque l'*ethos* spécifique du capitalisme moderne⁹⁰ et aujourd'hui les chiffres ont aujourd'hui une place prééminente dans le gouvernement des hommes⁹¹, au point que la notion de rapport bénéfices-risques semble relever du sens commun, y compris l'idée d'une expression chiffrée qui facilite la comparaison de grandeurs ramenée à des entités mathématiques. Il faut en effet, pour établir un rapport (ratio), que les grandeurs comparées soient d'une même espèce, sans quoi elles ne seraient pas commensurables.

Mais est-ce bien le cas ? Bénéfices et risques sont-ils bien de même espèce ? L'examen minutieux suggère une réponse nuancée et plutôt négative : en effet, le bénéfice désigne l'ampleur d'une issue positive *sans référence à sa probabilité*, alors que le risque est une notion qui implique *à la fois* la probabilité d'événements et l'amplitude des dommages⁹². Il convient de remarquer le glissement sémantique qui s'est produit depuis le fameux rapport Belmont (avril 1979) qui a accompagné la législation américaine sur les essais impliquant les sujets humains⁹³ et formalisé pour la première fois les contours des principes généraux de la bioéthique qui ont connu ensuite une extension planétaire⁹⁴. Le rapport Belmont énonçait en effet :

« On dit généralement que les risques et les avantages doivent être 'équilibrés' (benefits and risks must be « balanced ») et montrer qu'ils sont en 'proportion favorable' (« in a favorable ratio »). Le caractère *métaphorique* de ces termes attire l'attention sur la *difficulté de prononcer des jugements précis* » (nos italiques).

⁸⁸ DICTIONNAIRE *Trésor de la Langue Française Informatisé*.

⁸⁹ MILL John Stuart, *L'utilitarisme. Essai sur Bentham*, Paris, Presses Universitaires de France, 2012.

⁹⁰ WEBER Max, *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Flammarion, 2000.

⁹¹ DESROSIERES Alain, *Gouverner par les nombres, L'argument statistique II*, Paris, Presses de l'école des Mines, 2008 ; SUPLOT Alain, *La gouvernance par les nombres, Cours au collège de France 2012-2014*, Paris, Fayard, 2015.

⁹² MURPHY C, GARDONI P, « The acceptability and the tolerability of societal risks: a capabilities-based approach », *Science and Engineering Ethics* 2008 ; 14:77-92.

⁹³ BELMONT Report, *Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*, Texte en ligne à l'adresse : <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/>, et dans sa traduction française http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/10191/186011/Rapport_Belmont_1974.pdf/511806ff-69c4-4520-a8f8-7d7f432a47ff, Accès au site le 4 mars 2017.

⁹⁴ BEAUCHAMP Tom L, CHILDRESS James F, *Les principes de l'éthique biomédicale*, op.cit.

Aujourd'hui, nous l'avons vu, l'expression rapport bénéfices/risques n'est plus entendue comme une métaphore, mais suppose un calcul. Nous avons d'ailleurs parlé de pesée, orientant l'image d'une balance qui mesure des poids⁹⁵. La seconde métrétique, celle de la juste mesure, ou de la mesure correcte, est occultée par la suggestion puissante de la vérité du chiffre. Le chiffre est roi ; les modèles informels paraissent trop qualitatifs et vagues. La primauté du modèle économique et gestionnaire s'exerce contre la tradition de l'équilibre des raisons – vivace en droit ou dans les sciences politiques –, mais aussi contre les constats empiriques et expérimentaux de la psychologie contemporaine, qui ne valident pas du tout l'idée d'une décision basée sur un calcul mathématique.

Examinée du point de vue sémantique, la logique de la locution « rapport bénéfices-risques » est donc bancal. Si en pratique nous avons l'intuition de réaliser un mélange entre probabilité de survenue et amplitude, tant du côté des bienfaits que du côté des dommages, nous pouvons cependant nous interroger sur nos représentations subjectives quant à ce rapport, car ce sont elles qui vont façonner les messages que nous délivrons aux patients pour les éclairer. Comment mettre en rapport un accident vasculaire évité et une hémorragie gastrique provoquée par les anticoagulants ?

B.3 SIGNIFICATION DES CHIFFRES ET PROCESSUS DE CHOIX.

Admettons toutefois que la métrétique quantitative est réellement utile en médecine ; une autre difficulté ne serait pas évacuée pour autant. Comment exposer les chiffres des bénéfices escomptés et des risques encourus pour guider le choix ? Des résultats quantitatifs peuvent être présentés dans des messages fort différents, et une valeur chiffrée, comble de l'objectivité, donne lieu à des interprétations très diverses. Ainsi, quand on exprime les avantages d'un traitement en termes de « réduction du risque relatif » de survenue d'un événement ou au contraire en termes de « réduction absolue du risque » ou de « nombre de personnes à traiter pour éviter un événement » cela permet de présenter les résultats d'une même étude de façon très contrastée⁹⁶. Prenons exemple de deux propositions : « Manger un œuf par jour, si on est une femme, augmente de 77% le risque à un an de développer un diabète de type 2 par rapport à s'abstenir d'œufs », et : « Pour 137 femmes qui mangent un œuf par jour, au bout d'un an, *une femme de plus* deviendra diabétique par rapport à celles qui ne mangent pas d'œufs du tout »⁹⁷. Ces deux assertions résument les mêmes résultats expérimentaux, dénotent le même état du monde, mais leur connotation est différente (que ce soit pour le malade et pour le médecin d'ailleurs) et leur pouvoir d'émuler des affects est différent. Or la perception du risque est particulièrement sensible à l'affect⁹⁸. Dire « la pilule contraceptive multiplie par trois le risque thromboembolique » ne produit pas le même effet que dire « la pilule contraceptive fait

⁹⁵ Au chapitre X consacré à l'esthétique, nous parlerons d'évidence imponderable avec Wittgenstein.

⁹⁶ CITROME Leslie, « Compelling or irrelevant? Using number needed to treat can help decide », *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2008;117: 412-9..

⁹⁷ CITROME Leslie, « Relative vs. absolute measures of benefit and risk: what's the difference? », *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2010 ;121:94-102.

⁹⁸ SLOVIC P et al, « Risk as analysis and risk as feelings... », art.cit.

passer le risque thromboembolique de 1/10000/an à 3/10000/an ». Pourtant ce sont les mêmes *data* dont les deux assertions rendent compte⁹⁹.

Nous avons évoqué la place déterminante de la rhétorique pour la construction du diagnostic, en soulignant aussi qu'elle trouve un emploi plus habituel dans l'information du patient. Ici aussi, *ethos* et *pathos* sont en jeu. La présentation des chiffres tient du *logos*. Mais quoiqu'il en soit, la critique peut/doit porter « sur les liens entre la validité au sens large ("la valeur") et l'efficacité persuasive ("l'influence") »¹⁰⁰, en ne perdant pas de vue que l'action est globalement régulée par deux principes qui sont souvent en tension dans chaque praticien : sa visée doit être bonne (avec des tensions entre perspectives de santé, d'humanité, d'utilité), mais également son intention, sa maxime (ce qui se décline en termes de respect, de liberté, de justice, etc.).

3.1. Comment choisissons-nous ?

La rigueur numérique manque de capturer des aspects significatifs de ce qui entre effectivement dans une décision ou un choix difficile, et qui a fait l'objet, depuis les travaux de Kahneman et Tversky dans les années 70¹⁰¹, de nombreuses études expérimentales¹⁰². Contrairement à ce que prévoit la théorie du choix rationnel utilitariste (les gens agissent au mieux de leurs intérêts et en cas de choix, leurs préférences vont vers l'issue qui offre l'utilité maximale), la décision n'est pas indifférente aux modes de présentation des données de l'alternative¹⁰³ ; les gens n'ont souvent pas de valeurs bien établies et stables, que le moment du choix viendrait simplement révéler ; nous faisons comparaître des raisons conflictuelles difficiles à réconcilier, nos préférences sont en construction permanente, et notamment lorsqu'elles doivent être élucidées dans notre for intérieur¹⁰⁴. Nous cherchons d'ailleurs souvent à nous convaincre que la décision que nous avons prise était raisonnablement la meilleure¹⁰⁵. L'appréciation des risques et des bénéfices subit des modifications lorsqu'une certaine présentation des données altère l'évaluation globale affective d'une situation¹⁰⁶ : la focalisation de l'attention joue un rôle déterminant¹⁰⁷. Et comme les émotions peuvent renverser

⁹⁹ Où l'on entrevoit qu'il se pourrait bien que certains *data scientists*, comme on les appelle, soient effectivement des *scientistes* des données.

¹⁰⁰ DANBLON Emmanuelle, « Il y a critique et critique... », art.cit.

¹⁰¹ TVERSKY Amos, KAHNEMAN Daniel, « Judgment under uncertainty: heuristics and biases », art.cit.; KAHNEMAN Daniel, TVERSKY Amos, « Prospect theory : an analysis of decision under risk », *Econometrica*, 1979; 47(2):263-291.

¹⁰² On en trouvera des références dans les travaux suivants : NORBY Aaron, « Uncertainty without all the doubt », *Mind & Language* 2015; 30: 70-94 ; MUNTANYOLA-SAURA Dafne, « A cognitive account of expertise: Why Rational Choice Theory is (often) a fiction », *Theory & Psychology* 2014;24:19-39; SCHLEGER HA, OEHNINGER NR, REITER-THEIL S, « Avoiding bias in medical ethical decision-making. Lessons to be learnt from psychological research », *Medicine Health Care and Philosophy* 2011;14:155-62; KAHNEMAN Daniel, *Système 1, système 2...*, op.cit.

¹⁰³ KUHBERGER Anton, « The rationality of risky decisions : a changing message », *Theory & Psychology* 2002;12:427-52.

¹⁰⁴ FINUCANE ML, ALHAKAMI A, SLOVIC P, JOHNSON SM, « The affect heuristic in judgments of risks and benefits », *Journal of behavioral decision making* 2000; 13 :1-17; SHAFIR E, SIMONSON I, TVERSKY A, « Reason-based choice », *Cognition* 1993;49 :11-36; DAMASIO Antonio R, *L'erreur de Descartes - la raison des émotions*, Paris, Odile Jacob, 1994.

¹⁰⁵ SHAFIR E, et al., « Reason-based choice », art.cit.

¹⁰⁶ FINUCANE ML, et al., « The affect heuristic in judgments of risks and benefits », art.cit.

¹⁰⁷ GOLLIER Christian, HILTON Denis, RAUFASTE Eric, « Daniel Kahneman et l'analyse de la décision face au risque », *Revue d'économie politique*, 2003/3 ; 113 : 295-307.

temporairement les préférences, il convient de tenir compte de la temporalité de la décision¹⁰⁸. Devant un choix difficile, plutôt que de nous transformer en balance comptable, nous cherchons souvent une raison décisive pour choisir une des branches de l'alternative, ou encore une troisième solution. Ces attitudes ne relèvent pas pour autant de l'irrationalité¹⁰⁹. Cette raison décisive pourrait bien être dans un certain nombre de cas, si ce n'est la majorité, celle que l'influence du médecin a déterminée comme telle, même à son insu, car elle semble étroitement liée à la réactivité émotionnelle¹¹⁰. Impossible de savoir, dans le récit que fait Philippe Petit de ses hésitations (chirurgie ou radiothérapie pour le cancer de sa prostate ?), quelle a été pour lui la raison décisive, après plusieurs semaines d'atermoiement et la consultation d'au moins six spécialistes : « Je tranchais donc, malgré moi, avec mon assentiment, contre moi, mais sous l'ordre de ma précaire volonté : pour une opération »¹¹¹. Quelle compréhension et quel sens de sa propre responsabilité escomptons-nous de quelqu'un qui apprend que sa prédisposition génétique lui confère un risque de 28% de mourir d'un cancer du sein ?¹¹²

Il apparaît donc que le rapport bénéfices-risques, même quand il est quantifiable, subit un « traitement de l'information » soumis à d'autres rationalités que mathématique. Ne conviendrait-il pas alors de revenir à l'usage *métaphorique* des termes employés, et de se focaliser sur un autre sens attesté du mot « rapport » : « établir un lien, par la pensée, entre des objets distincts, dans un but de comparaison ou de jugement ? »¹¹³. Car nous avons bien à faire des choix, et des choix d'autant plus difficiles qu'ils seront souvent irréversibles. Insister sur le *calcul* ou sur la *précision* des bénéfices et des risques, c'est perdre de vue qu'il s'agit d'une évaluation qualitative assimilable à un jugement de valeur, avec sa part de subjectivité, et donc des variations dans l'appréciation des buts, ou de ce qui est acceptable comme risque.

Objection pourrait être faite d'associer trop rapidement le « calcul » à une tendance *récente* qui privilégie le quantitatif par rapport au qualitatif, l'économie monétaire par rapport aux échanges symboliques. Le calcul a, il est vrai, une longue tradition aussi : Bergson rappelle qu'Épicure déjà entendait soumettre le principe de plaisir au « calcul » de son utilité¹¹⁴. Toutefois, le calcul rigoureux des plaisirs et des peines reviendra à Jeremy Bentham¹¹⁵. Max Weber a montré que la diffusion d'une rationalité axée sur le calcul strictement comptable qui marque non seulement l'*ethos* spécifique du capitalisme moderne mais aussi les théories hygiénistes et le puritanisme moral, était en rupture avec la perspective eudémoniste de l'intérêt personnel et des jouissances naïves des plaisirs de l'existence¹¹⁶. La postérité de l'utilitarisme

¹⁰⁸ ELSTER Jon, *Agir contre soi, la faiblesse de volonté*, op.cit.

¹⁰⁹ ELSTER Jon, *L'irrationalité. Traité critique de l'homme économique II*, Paris, Seuil, 2010.

¹¹⁰ DAMASIO Antonio R, *L'erreur de Descartes...*, op.cit.

¹¹¹ PETIT Philippe, *Philosophie de la prostate*, op.cit., p.214.

¹¹² MURRAY Stuart J, et al., « Towards an ethics of authentic practice », art.cit.

¹¹³ DICTIONNAIRE *Trésor de la Langue Française Informatisé*. URL : <http://atilf.atilf.fr/>

¹¹⁴ BERGSON Henri, « Cours de philosophie morale et politique », in : *Cours II, Leçons d'esthétique, Leçons de morale, psychologie et métaphysique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1992.

¹¹⁵ Nous avons conscience de ne pas faire justice à Bentham par une déclaration aussi lapidaire. Le calcul benthamien est un calcul de probabilités au sens bayésien : la probabilité ne porte pas sur les choses, elle est « une façon de dire des raisons de croire ou des chances d'avoir raison », comme l'explique Jean-Pierre CLERO, « Le calcul benthamien des plaisirs et des peines ; calcul introuvable ou seulement indéfiniment différé ? », *Archives de philosophie* 2015/2 ; 78 :229-258.

¹¹⁶ WEBER Max, *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, op.cit.

classique, désormais omniprésent dans les champs politique et économique, facilite l'appréhension de la notion comme relevant du sens commun, et qui n'est plus, dès lors, à discuter¹¹⁷. Pour être complets il faudrait engager la discussion sur la question du libre arbitre et du déterminisme. Nous ne le ferons pas ici, car ce qui est observable est compatible avec toutes les perspectives qui s'affrontent actuellement sur ce terrain¹¹⁸.

3.2. Le poids des experts

Il résulte de ce qui précède qu'on se gardera de prendre les rapports bénéfico-risques établis par des experts sur la base de données empiriques pour une vérité absolue. Les garanties qu'ils offrent d'une évaluation objective et impartiale nous leurrent en partie : l'expertise gomme la variabilité, ne peut envisager l'impact large sur la personne des choix thérapeutiques. Nous laissons de côté ici les conditions de production des connaissances, parfois sujettes à caution en raison de conflits d'intérêt ou pour d'autres raisons épistémologiques ou politiques¹¹⁹. Même quand ils se présentent comme « centrés sur le patient »¹²⁰, les arbres décisionnels précis restent des opinions extérieures à la situation. On oublie surtout trop souvent que cette démarche repose sur un lourd présupposé, à savoir qu'il existerait des normes non individuelles, des normes anonymes de formes de vie qui valent le coup ou non d'être vécues de telle ou telle manière. Et c'est probablement sur ce point que la médecine centrée sur le patient pourrait représenter une démarche fondamentalement différente, si elle affirmait qu'en dernière instance, seule la personne est fondée à dire ce qu'il en est pour sa propre vie. Sans quoi, on en reste à la décision médicale standardisée, optimale en moyenne pour des malades moyens qui ressemblent à ceux des études¹²¹. La hiérarchie des fins a peu de chances d'être analogue aux goûts d'un individu unique¹²².

3.3. Rapport bénéfico-risques et raisonnement pratique

Il ne serait cependant pas satisfaisant de dire que les préférences du patient sont le principal critère de la délibération au terme de laquelle le médecin prescrira ou non tel ou tel traitement. Dans une pratique de soins, la décision¹²³ prise ne saurait être seulement l'expression des désirs, des impulsions, des préférences. La raison doit jouer son rôle, mais alors de quelle manière, si le déroulement déductif bute sur l'obstacle du particulier (contingence du cas et

¹¹⁷ Et ce lien de « parenté » attire aussi l'attention sur celle qui peut être établie entre les rapports bénéfico-risques et la notion de soins futiles, c'est-à-dire de soins qui manquent à une utilité suffisante.

¹¹⁸ KISSEL Andrew, « Indeterministic intuitions and the Spinozan strategy », *Mind & Language* 2018;33(3) : 280-298.

¹¹⁹ IOANNIDIS JPA, « The mass production... », art.cit. GADEAU Ludovic, « Evaluation des psychothérapies : réflexions épistémologiques », *Le journal des psychologues* 2006 ;242 : 56-61.

¹²⁰ SHIELDS A, LIP G, « Choosing the right drug to fit the patient... », art.cit.

¹²¹ STEICHEN Olivier, « Former à la décision médicale », *Laennec* 2014 ;62 :51-61.

¹²² GUILBAUD Georges-Théodule, « Les théories de l'intérêt général et le problème logique de l'agrégation » (1952), *Revue Economique* 2012 ; 63 :659-720.

¹²³ Nous n'avons pas tenu compte de la distinction qui est faite en économie entre décision et jugement. « La première s'appuie principalement sur le calcul et la seconde principalement sur des critères qualitatifs ». KARPIK Lucien, *L'économie des singularités*, op.cit., p.57. Selon cette distinction, la plupart des décisions médicales relèvent de la catégorie du jugement. Il ne repose pas sur un calcul basé sur des informations, mais s'appuie sur des connaissances, plus ou moins fiables.

préférences individuelles) ? Nous traiterons ce point ultérieurement encore (cf. chapitre XIII). Que se passe-t-il assez souvent ? Le médecin emploie le rapport bénéfices-risques dans un syllogisme déductif : le rapport bénéfices-risques dans telle situation générique (plus ou moins spécifiée) est tel, le cas considéré tombe sous la règle (ce malade est bien dans cette situation plus ou moins spécifiée), conclusion : le rapport bénéfices-risques connu s'applique dans ce cas. Plutôt que de considérer qu'il ne s'agit que d'une opinion (certes éclairée par EBM) sur ce qui serait théoriquement recommandé dans la situation (vue sous l'angle exclusif des considérations prises en compte pour la détermination du rapport B/R), le médecin en tire subjectivement un ordre qui s'impose plutôt qu'un rappel d'une recommandation générique. Or le sujet pratique ne peut se satisfaire d'avoir extrait de la notion « rapport bénéfices-risques » une règle de conduite qu'il appliquerait au cas qu'il doit affronter, certains constats empiriques en font foi¹²⁴.

Le rapport bénéfices-risques, quand bien même il est de plus en plus précis, ne devrait pas servir de règle générale à appliquer (ne serait-ce qu'en raison l'obstacle de l'extrapolation hasardeuse à une situation concrète individuelle), mais de prémisse parmi toutes celles qui sont à prendre en considération dans le raisonnement pratique. Et dans tous les cas, le médecin reste aux prises avec la manière dont il va s'y prendre pour exposer au malade ce rapport et déterminer la meilleure thérapeutique possible : il va prononcer des mots pour informer le patient, questionner ses préférences, les traduire dans les termes de l'alternative, etc. Le raisonnement pratique doit donc être construit par le sujet pratique lui-même et pas par quelqu'un d'autre, fût-il un expert, qui pense à sa place, mais qui n'agit pas, c'est-à-dire qui ne franchit pas lui-même le hiatus entre la règle et son application concrète.

Gustave a 72 ans. Je ne le connais pas encore, mais un dossier assez volumineux a été constitué par mon prédécesseur sur une période d'environ quinze ans. Il consulte car il souhaite prendre l'avis d'un interniste à propos des traitements médicamenteux qu'il devrait ou non suivre dans l'avenir, compte tenu de ses ennuis de santé.

Il sort en effet d'un service de cardiologie où il a bénéficié en urgence, deux mois plus tôt, d'une angioplastie coronarienne avec mise en place d'un *stent*. Des douleurs thoraciques à l'effort lui avaient fait consulter le cardiologue qu'il voyait habituellement deux fois par an (« par précaution ») et l'épreuve d'effort réalisée alors suggérait la possibilité d'une sténose coronarienne, confirmée par la coronarographie effectuée en urgence. Dans la suite immédiate de l'intervention, on lui avait prescrit deux antiagrégants plaquettaires, comme le stipulent les recommandations en l'espèce. Par contre, le traitement anticoagulant qu'il prenait depuis 6 ans en continu à la suite d'une embolie pulmonaire et de deux phlébites a été suspendu, alors qu'il avait été antérieurement préconisé de ne pas l'interrompre¹²⁵. Sa première question porte donc sur ce traitement anticoagulant. S'il est ajouté aux deux antiagrégants plaquettaires, le risque

¹²⁴ Laetitia Stefani étudie les traitements proposés aux patients âgés déments atteints de cancer. Elle montre que l'onco-gériatrie a bénéficié de l'approche bénéfices/risques, pondérée par l'espérance de vie, qui est devenue une des lignes directrices de la réflexion en cancérologie, mais elle montre aussi, à partir de son expérience de terrain, l'insuffisance d'une réflexion qui s'appuierait sur les seuls principes, fussent-ils spécifiés, pour déterminer le soin approprié au cas qui est toujours particulier, ce qui revient à trouver, *hic et nunc*, la normativité propre au cas. STEFANI Laetitia, « Problèmes éthiques soulevés par la prise en charge thérapeutique des patients âgés déments atteints de cancer », *Infokara* 2008 ; 23 : 83-90 et *Infokara* 2008 ; 23 :155-60.

¹²⁵ La coagulation du sang met en jeu l'agrégation des plaquettes (contrariée par des antiagrégants plaquettaires comme l'aspirine) et l'intervention subséquente de protéines de la coagulation (contrariée par des anticoagulants). Le traitement et la prévention des phlébites et embolies pulmonaires repose sur les anticoagulants, le traitement et la prévention des obstructions coronaires repose sur les antiagrégants plaquettaires.

de saignement est majoré. Quand il ne prenait que l'anticoagulant, il avait déjà connu des saignements du rectum, en raison d'hémorroïdes d'une part, mais aussi d'une inflammation chronique du rectum consécutive à une radiothérapie subie quelques années auparavant pour compléter le traitement chirurgical incomplet d'un cancer de la prostate. L'opération avait révélé en effet que ce cancer dépassait la capsule de la glande, et que la marge de tissu sain n'était pas suffisante. Donc il avait d'un côté un traitement anticoagulant pour éviter une nouvelle thrombose veineuse ou une récurrence d'embolie pulmonaire, traitement déjà compliqué de saignements rectaux, et de l'autre côté un traitement nouveau, antiagrégant plaquettaire, conséquent (deux molécules associées) pour garantir le résultat de l'angioplastie coronaire, mais insuffisant à lui seul pour prévenir le risque thromboembolique veineux. Si on associe les trois molécules, le risque hémorragique est important. Mais l'arrêt de l'anticoagulant fait courir le risque de thrombose veineuse ou d'embolie pulmonaire. Que faire, s'interroge-t-il ?

L'autre problème qu'il soulève est celui des lipides. Gustave a un surpoids, et un taux de cholestérol trop élevé. Il consulte une diététicienne pour un régime, et essaie de faire du sport. Depuis l'intervention coronarienne, il doit prendre aussi un traitement pour abaisser le taux de cholestérol. Le régime alimentaire prescrit ne peut être complètement suivi parce qu'il accentue des diarrhées attribuées elles aussi à la rectite post-radique. En fait, précise-t-il à mon invitation, ce sont plutôt des suintements de l'anus qui oblitèrent sa vie sociale. Le traitement anti-cholestérol provoque des douleurs musculaires, ce qui l'empêche de faire du sport, et donc de perdre du poids. Quadrature du cercle. Que faire là encore ? Ignorer le taux de cholestérol, malgré les recommandations insistantes du cardiologue ? Ou prendre le traitement hypolipémiant, malgré ses inconvénients ? Régime et suintements ? Médicament ou sport ?

Il y a des choix à faire, des options à prendre. Les essais cliniques (EBM) apportent des éléments de réponse pour l'homme moyen¹²⁶, mais des réponses partielles qui n'éclairent pas toutes les dimensions du problème. Il faut tenter une interprétation globale, réaliser la somme (c'est-à-dire l'unité d'opération plutôt que l'addition) de tout ce qui entre en jeu pour corriger les données brutes, conjecturer de leur extrapolation. L'expérience du clinicien est sollicitée. Mais cela ne suffit pas en réalité.

D'où ont été extraites les coordonnées de cette problématique ? D'un ensemble disparate formé de comptes-rendus d'examen et d'hospitalisation antérieurs, d'analyses biologiques et histologiques, et des informations fournies par le malade. Mais il manque encore l'épaisseur d'un récit, l'histoire d'un sujet. Pour pouvoir éclairer Gustave sur les options concrètes qui s'offrent à lui, il convient, me semble-t-il, de laisser une place à une narration « non technique », ce qu'on appelle ailleurs « expliciter les préférences du patient ».

Ce qu'il s'empresse de dire lorsque je le sollicite sur ce terrain est inattendu : une échéance lui avait été signifiée dix ans plus tôt et venait d'expirer. En effet, à l'époque, le choix qu'il avait fait – avec l'aide de mon prédécesseur – était de traiter activement un cancer de prostate « débutant » plutôt que de surveiller l'état de la prostate. Il avait ainsi opté pour une quasi garantie de survivre 10 ans (plutôt que de rester dans une incertitude qui ne serait levée qu'ultérieurement), dans le but de pouvoir élever un enfant encore en bas âge. Il attendait de mon prédécesseur « une assistance médicale globale essentiellement dirigée vers un impératif de longévité dicté par ma paternité tardive ». A l'époque, il avait consulté plusieurs urologues¹²⁷, les uns étant favorables, les autres opposés à l'intervention. Mon prédécesseur avait eu une influence considérable sur son jugement, et Gustave se félicitait d'autant plus d'avoir suivi son avis qu'une de ses connaissances, ayant opté pour le choix inverse, était déjà morte après une longue agonie.

¹²⁶ Par exemple : estimer les taux de récurrence de thromboses artérielles ou veineuses selon les modalités des traitements anti-agrégant et anticoagulant ; chiffrer la réduction de morbidité/mortalité liée à la prise d'un traitement anti-cholestérol.

¹²⁷ Spécialistes des affections de la prostate.

Se faire opérer signifiait alors courir le risque (annoncé comme) faible d'une incontinence, le risque absolu d'une infertilité (ce qui n'était plus un problème pour lui, ce second enfant issu d'un remariage étant un « don inespéré » après des années d'infertilité) et un risque estimé alors à 50% d'impuissance (qui lui avait paru secondaire par rapport au « devoir moral d'assumer sa paternité » : l'âge avançant, les rapports se raréfiant, « car nous ne sommes pas portés sur la chose »). Or ce gain de vie de dix années qui lui avait été promis vient à expirer alors qu'il se retrouve à nouveau sauvé *in extremis* par la dilatation coronarienne. Ceci rend compte du fait que les interrogations qui sont les siennes (au sujet du traitement anticoagulant et du traitement du cholestérol) sont enchâssées dans le trouble profond produit par cette coïncidence chronologique d'une garantie de survie venant d'expirer (par rapport au cancer de la prostate), et d'une survie nouvelle, mais avec quelle garantie ?

Dans cette période d'incertitude, il avait alors repris le chemin de la consultation, et attendait d'un médecin interniste qu'il ne connaissait pas encore un éclairage général sur la conduite qu'il *devrait* adopter. Car c'est bien une sémantique du devoir qu'il emploie pour s'exprimer, et elle se poursuit, car le fils est maintenant un adolescent turbulent, en face duquel le père âgé aimerait se montrer à la hauteur, être présent physiquement, et donc faire du sport, et donc ne pas souffrir des muscles, et donc risquer de faire monter le cholestérol, et partant le risque d'infarctus, donc le risque de ne pas être physiquement à la hauteur pour une autre cause (cardiaque). Il évoque d'ailleurs, pour preuve de l'importance de cette image paternelle à assumer, que son fils a été « très marqué » par la vision de son père diminué lorsqu'il est venu le voir à l'hôpital à l'occasion de l'intervention cardiaque. « Quelle image je donne de moi à ce fils ? ». Cet enjeu est aussi celui de l'autorité, motif de disputes conjugales quant au degré de sévérité approprié dans l'éducation d'un adolescent. « Sa mère le plaint, et lui passe tout. Comment lui transmettre des principes moraux si on est mort ? » Si ceux qui lui sont chers sont en désaccord avec lui sur les valeurs auxquelles il tient, alors il ne veut rien faire pour « tenir », c'est-à-dire rester en vie. Mais quand même il y a ce fils... Bien sûr c'est un homme à la personnalité tourmentée, mais qu'est-ce qu'un homme que l'on dit tourmenté, sinon quelqu'un qui donne à entendre son questionnement, et ne le garde pas pour lui seul ?

Son histoire se trouve illustrer comment la pratique médicale peut s'appuyer sur *EBM* (au sens large, seul convenable : intégrer les meilleures données factuelles disponibles, l'expérience du clinicien et les préférences du malade) mais montre aussi la face cachée par le modèle schématique : le poids de la subjectivité, des représentations, des choix existentiels, de la personnalité...

La décision s'origine d'un échange entre un patient confiant qui a besoin d'être soigné et un médecin qui veut aménager l'état de santé au mieux des intérêts du patient, mais précisément ces intérêts soulèvent des contraintes paradoxales. Et c'est la situation la plus courante : aux risques de la maladie s'opposent ceux des traitements. L'échange ne consiste pas à dresser un bilan comptable des risques et des avantages, et si on peut le décrire comme une communication, il faut une théorie de la communication qui ne soit pas restreinte (un émetteur, un récepteur, un code commun), mais élargie, c'est-à-dire qui inclue le transfert, le sous-entendu, l'équivoque. Un médecin ne décide pas de la « bonne » action pour un patient après avoir récolté tous les faits, mais la découvre progressivement tout en explorant la réalité du monde du patient. Ecouter, parler, comprendre sont des « concepts mous », qui mettent en

œuvre des savoirs tacites qu'on ne peut codifier¹²⁸, des arts de faire¹²⁹ qu'on met en œuvre sans garantie de succès. Car qui pourrait juger d'ailleurs du succès de la décision qu'aura prise Gustave ? Sur quels critères ? Sur des conséquences, et si oui lesquelles ? Le problème de la croyance religieuse en EBM, c'est qu'elle force à exorciser les concepts mous des pratiques.

L'histoire de Gustave met également en lumière que ce qu'on appelle « maladie » ne peut être conceptualisé d'une manière simple, classique. Il manque à la définition de « maladie » les conditions nécessaires et suffisantes bien délimitées¹³⁰. Pour pouvoir individualiser le traitement, il faut d'abord avoir individualisé le diagnostic.

C. PENSER AUTREMENT L'INDIVIDUALISATION DES SOINS ?

Le cas particulier déborde de toutes parts du cadre envisagé par les principes généraux, y compris quand ils ont été spécifiés sous la forme de conduites à tenir. C'est la contingence du particulier qui fait obstacle à la possibilité de déduire une maxime pour la situation à partir des principes généraux. La plus parfaite connaissance du rapport bénéfices-risques dans une situation spécifiée donnée, ne confère pas pour autant l'habileté de faire qui est requise dans la situation particulière. Kant dit à ce sujet que c'est précisément le domaine de l'art, et le champ d'exercice de la faculté de juger dite réfléchissante, qui permet de remonter du particulier au général¹³¹. « Seul ce que l'on ne possède pas l'habileté de faire, même si on le connaît de la manière la plus parfaite, relève de l'art »¹³². Ce n'est pas une intuition arbitraire mais bien la capacité d'articuler le contingent du cas avec le savoir du général (ici les rapports bénéfices-risques pertinents pour éclairer la situation). De même, les fins visées sont dégagées dans le dialogue avec le malade, qui n'a pas grand-chose à voir avec une perspective contractuelle qui rassemblerait une information exhaustive et précise d'un côté, et l'expression de préférences hiérarchisées de l'autre, le choix pouvant être délégué à une machine intégrant l'ensemble des données. Dans cet « art de faire », un des points cruciaux est bien la manière dont on va présenter au patient les éléments sur lesquels il est invité à exprimer ses préférences. Averti de tous les biais émotionnels qui prennent place dans une décision cruciale en zone d'incertitude, le médecin doit faire usage de perspicacité, d'intelligence critique, de bon sens, d'habileté, bref, de toutes les composantes de la *phronēsis*¹³³, et d'une bonne dose de délicatesse dans la présentation des options.

¹²⁸ POLANYI Michael, *The tacit Dimension*, Londres, Routledge & Kegan Paul Ltd, 1966 ; HENRY Stephen G, « Recognizing tacit knowledge in medical epistemology », art.cit.

¹²⁹ DE CERTEAU Michel, *L'invention du quotidien, tome 1, les arts de faire*, Paris, Gallimard, « Folio Essais », 1990.

¹³⁰ On est peut-être plus proche de la notion d'air de famille (cf. Wittgenstein).

¹³¹ KANT Emmanuel, *Critique de la faculté de juger* (1790), trad. Alexis Philonenko, Paris, Vrin, 1984 ; trad. Alain Renaut, Paris, GF - Flammarion, 1995. Nous avons utilisé les deux traductions du texte, désormais *CFJ*. La citation est tirée de Introduction IV, AK V 179.

¹³² KANT Emmanuel, *CFJ*, §43, AK V 303.

¹³³ La prudence aristotélicienne reste étrangère à toute notion de calcul des conséquences (HUNYADI Mark, « La logique du raisonnement de précaution », *Revue Européenne des Sciences Sociales* 2004, [En ligne], XLII-130, mis en ligne le 03 novembre 2009).

Sous l'allure d'une intégration plus fine de données validées pour servir la décision thérapeutique, l'usage croissant du rapport bénéfices-risques ne doit donc pas conduire à méconnaître ce qui pourrait au contraire la desservir. Tout d'abord en accréditant l'idée de la suprématie du quantitatif sur l'équilibre des raisons. On a oublié que les probabilités ne sont que des auxiliaires de la décision¹³⁴. Ensuite en faisant croire à la neutralité de l'approche chiffrée, méconnaissant l'influence décisive de la manière de présenter les données. En supposant que les préférences des êtres humains sont indexées sur un critère d'utilité maximale, que le souhait du patient rejoint obligatoirement le résultat du rapport, si bien qu'on pourrait ne plus avoir à questionner ses propres valeurs. Enfin en faisant croire qu'on peut se servir de ces notions comme d'un principe général qui ne demande qu'à être appliqué, méconnaissant la nécessité du jugement pratique du médecin affronté au cas particulier, toujours contingent, et souvent en-dehors du champ de validité des rapports bénéfices-risques établis. L'incertitude est le lot commun de la contingence et toute décision reste celle d'un sujet, et donc subjective. Ce n'est scandaleux que dans un monde machinique, ou machinal. Il est vrai qu'on a du mal à se résoudre à abandonner la théorie du choix rationnel, probablement parce qu'elle « semble promettre la réalisation de l'idéal scientifique de la prédiction unique »¹³⁵.

UNE OBLIGATION DE CHANGER DE REGISTRE ?

Canguilhem situait l'accomplissement de la rationalité médicale dans la reconnaissance de la limite que représente la subjectivité à son ambition scientifique¹³⁶. Franchir cette limite suppose pour chaque médecin, de mettre entre parenthèses (sans le répudier : pas de place pour un retour à l'âge préscientifique, attention !) l'objectivité de son savoir, lequel avait requis, pour se constituer, la mise entre parenthèses de l'individu dans son idiosyncrasie. Nous anticipons ici une discussion qui sera développée plus loin (cf. chapitre VIII). Ceci est vrai aussi des sciences psychologiques et du management social qui complètent l'armada pluri-professionnelle experte rassemblée autour d'un patient pris en charge globalement. Voici notre hypothèse : individualiser les soins passe par la mise entre parenthèses des savoirs sur l'individu. Qu'est-ce à dire ? La première remarque à faire est presque triviale. Elle indique toutefois un minimum vital :

« Ce qui demande à être reconnu, en chacun de nous, c'est ce par quoi aucun de nous, aucun être humain, n'est seulement un objet, une chose, mais est aussi quelqu'un, c'est-à-dire un soi, un sujet »¹³⁷.

Il arrive que le médecin soit tellement occupé par les savoirs à mobiliser pour soigner son patient que celui-ci est devenu un objet de soins : nous n'y voyons rien de péjoratif en soi, ce peut-être un objet chéri de soins attentifs et minutieux ; d'ailleurs ainsi dénommé c'est un objet pour la pensée qui n'a aucune masse, aucune épaisseur physique. Réciproquement, faire place à l'autre comme sujet n'est pas opposable à la rencontre de son corps comme présence pesante.

¹³⁴ GUILBAUD Georges-Théodule, « Les théories de l'intérêt général et le problème logique de l'agrégation », art.cit.

¹³⁵ ELSTER Jon, *Le désintéressement. Traité critique de l'homme économique I*, Paris, Seuil, 2009.

¹³⁶ CANGUILHEM Georges, « Puissance et limites de la rationalité en médecine (1978) », in : *Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*, Paris, Vrin, 7e éd., 1994, p.392-412.

¹³⁷ WORMS Frédéric, *Revivre. Éprouver nos blessures et nos ressources* (2012), Paris, Flammarion, « Champs essais », 2015, p.218.

Au niveau de la clinique, on peut aussi tirer profit de la philosophie de Simondon pour entrevoir ce que seraient des soins qui s'adressent au « sujet » plutôt qu'à « l'individu »¹³⁸. Pour Simondon en effet, le processus d'individuation, qui fait d'un animal humain une unité discrète non reproductible, reste circonscrit et partiel ; le « sujet » outrepassé les limites de l'« individu », étant donné qu'il comporte en soi, comme son composant essentiel, une part de réalité pré-individuelle encore indéterminée¹³⁹, riche de potentialités. On admet volontiers que l'agir médical a pour finalité de rendre sa santé à l'individu, c'est à dire sa capacité d'être normatif¹⁴⁰. Toutefois, certains résistent, et semblent accrochés, telle une moule à son rocher, à une existence malade, douloureuse et racornie, une individuation pathologique mais qui offre le secours d'une identité d'autant plus solide qu'elle est objectivée par des échelles de fonctionnement psycho-social. L'être malade offre comme compensation l'appartenance à une communauté substantielle qui peut contenir l'angoisse d'être exposé à l'indétermination du monde, en constituant des canaux d'usages, de coutumes, d'habitudes consolidées, comme autant de protections¹⁴¹, des codes pour s'orienter face à la contingence et à l'imprévu. Le médecin n'est pas dépourvu d'ailleurs de dispositifs qui visent à consolider encore davantage cette identité, cette étiquette, qui colle si bien à la peau qu'il est très difficile et douloureux de la détacher¹⁴². La tutelle bienveillante, les cohortes constituées avec évaluation répétée, les associations de malades, beaucoup d'actions dont le but louable affiché est d'améliorer le quotidien et d'aménager les symptômes ont pour effet de consolider une existence hors-du-commun. La maladie devient un trait identitaire fixe, dont il devient impossible de se défaire, et qui sert de défense : « vous ne pouvez pas comprendre, car vous n'êtes pas... asthmatique, épileptique, diabétique, schizophrène, etc. »¹⁴³.

La créativité que suppose le soin est de trouver une voie, une direction, une issue pour la guérison. L'idée – seulement esquissée ici – est qu'une voie de guérison passe par la défection des identités malades, pour retrouver, en-deçà, le terreau du pré-individuel sur lequel peuvent survenir d'autres modalités d'individuation, de singularisation. Ne peut-on attendre du médecin quelque chose qui ne soit ni une réflexion intellectuelle ni du sentiment, et qui tiendrait à « la

¹³⁸ Je ne prétends pas ici être fidèle à la pensée riche et complexe de Simondon, ni à la lecture qu'en fait Paolo VIRNO, *Grammaire de la multitude*, Paris, L'Eclat, 2002 et dans *Quando il verbo si fa carne, Linguaggio e natura umana*, op.cit., p.186-191.

¹³⁹ « Il existe dans les êtres individués une certaine charge d'indéterminé, c'est-à-dire de réalité préindividuelle qui a passé à travers l'opération d'individuation sans être effectivement individuée. On peut nommer nature cette charge d'indéterminé » SIMONDON Gilbert, *L'individuation à la lumière des notions de forme et d'information*, Grenoble, Millon, 2005, p.313.

¹⁴⁰ CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, op.cit.

¹⁴¹ VIRNO Paolo, *Quando il verbo si fa carne, Linguaggio e natura umana*, op.cit.

¹⁴² Même si elle est vécue comme dépossession de soi : c'est l'usage de sa vie qui est menacé en tant qu'usage.

¹⁴³ Un médecin malade est-il plus à même de comprendre le malade et de le soigner ? Thomas Mann y voit des avantages et des inconvénients (rappelons qu'il est question de la tuberculose, avant les antibiotiques) : « La camaraderie du médecin et du malade doit certes être approuvée et on peu admettre que, seul, celui qui souffre peut être le guide et le sauveur de ceux qui souffrent. Mais peut-on concevoir une véritable domination spirituelle sur une puissance exercée par quelqu'un qui compte lui-même parmi ses esclaves ? Celui qui est subjugué peut-il affranchir ? Le médecin malade reste un paradoxe, un phénomène problématique pour le sentiment simple. Sa connaissance scientifique de la maladie n'est-elle pas bien plutôt troublée et rendue confuse par l'expérience personnelle, qu'enrichie et moralement fortifiée ? Il ne regarde pas la maladie en face avec le regard clair de l'adversaire, mais il est embarrassé, il ne prend pas nettement parti ; et avec toutes les précautions convenables on peut se demander si quelqu'un qui relève du monde de la maladie est en somme intéressé à la guérison, ou simplement à la conversation des autres, au même degré et au même sens qu'un homme bien portant ». MANN Thomas, *La montagne magique*, op.cit., p.184.

capacité d'accéder à un monde commun et de surmonter la pure altérité inquiétante de "ces éternels étrangers que sont les autres" »¹⁴⁴ ? Très concrètement, cela passe notamment par le retour à la puissance générique de dire, qui est devenue inaperçue derrière les dits déterminés, les scénarios rigides, les scripts de l'existence malade – « J'ai une fibromyalgie, une maladie de Lyme, une fatigue chronique, je suis un « cœliaque », j'ai été diagnostiqué bipolaire », etc., et par conséquent je pense comme ceci, je ressens cela, etc. Revenir à un commun plus originaire, par exemple les lieux communs de la pensée, les formes pré-individuelles d'agir ensemble, c'est enclencher en somme un processus de désindividualisation, pour pouvoir frayer des voies de singularisation inédites, comme alternative aux ornières dans lesquelles certains malades se sont embourbés¹⁴⁵. Il me semble que c'est une voie plus prometteuse que celle qui s'efforce de multiplier les contraintes et les appareillages pour aménager des individuations désignées comme pathologiques par rapport à une norme anonyme. Cette individuation nouvelle est alors aussi la poursuite de l'expérimentation de la créativité de l'enfance qui crée un monde. La créativité fait fonds sur le commun pour l'émergence des singularités.

Autrement dit, il s'agit de penser le commun non pas comme le point d'arrivée à viser (retrouver une santé minimale « comme tout le monde » au-delà de l'obstacle de la maladie), comme une conclusion qu'on se désespère de voir advenir quand on a affaire à des individus poussés « hors-du-commun » du fait de la maladie, mais au contraire comme le présupposé, la base de départ sur laquelle s'individuent des singularités, des formes de vie malades ou non. Le commun n'est pas l'horizon, mais ce à quoi on peut faire retour. Du côté du médecin, cela passe par exemple par l'abandon du vocabulaire technique spécialisé pour parler de ce qui ne va pas, au profit du recours au bavardage et à la curiosité. Sa créativité technique est *elle aussi* recours à la créativité de l'enfance qui crée un monde¹⁴⁶. Elle reprend racine dans le commun pré-individuel ; c'est la condition qui rend commensurables l'expérience du médecin et celle du malade, pour que ce dernier puisse entrevoir une autre individuation possible que celle de l'existence malade. Car la maladie peut être pour le malade « comme la compagne idéale. Pour la vie. D'une fidélité sans faille. Une relation passionnée et éternelle »¹⁴⁷.

Ce commun-là, qui est celui du jeu, de l'enfance, de l'exploration à tâtons du monde, est celui auquel le malade isolé dans sa singularité malade peut faire retour *si* le médecin quitte aussi son isolement d'expert pour l'y rejoindre. L'un et l'autre se parlent alors comme des humains qui ont beaucoup en partage, maladie et traitement perdent de leur ultraspécificité. Ceci ne lèse ni n'atténue la singularité, mais la prolonge et la dilate, lui offre d'autres voies d'individuation non malades, et empêche la maladie d'être la seule modalité organisant toute l'existence. Aussi, peut-être faut-il viser des soins qui permettent ainsi la continuation du processus d'individuation, d'amplification des singularités, et non des soins qui circonscrivent

¹⁴⁴ DEWITTE Jacques, *La manifestation de soi. Eléments d'une critique philosophique de l'utilitarisme*, op.cit., p.271.

¹⁴⁵ L'expérience de Catherine Lord, atteinte d'un cancer du sein, est à cet égard très démonstrative des arcanes de la *sickness* : Sa Calvitie dénote une identité construite à l'occasion de la maladie et des marques corporelles qu'elle impose (la perte des cheveux causée par la chimiothérapie). Identité d'emprunt, mais qui entretient des rapports complexes avec la narratrice de l'expérience. LORD Catherine, *L'été de Sa Calvitie* (2004), trad. Denis Petit, Paris, Unebévée-éditeur, 2006.

¹⁴⁶ WEBER Jean-Christophe, « La créativité dans la pratique médicale », in N. DELFORGE, M. DORRIES (dir), *Limites de la créativité. Normes, sciences, arts*, Paris, Kimé, 2016, p. 103-26.

¹⁴⁷ MARIN Claire, *Hors de moi*, op.cit., p.9.

un individu délimité et figé dans cette identité¹⁴⁸. Car, en proposant une individualisation des soins, nous avons tendance à nous focaliser sur un des termes de la relation de soins, le patient, alors que c'est la relation de soin en elle-même qui permet un nouveau mode d'individuation.

NOTULE SUR LA NOTION DE PERSONNE EN MEDECINE : UN USAGE AMBIGU

On vient de le voir, la mobilisation de la notion de « personne » dans la médecine de précision ou dans la médecine centrée sur le patient jette un trouble sur la signification du terme. Il apparaît complexe sauf à renvoyer à une définition liminale, que reprend la philosophie analytique du langage, et c'est dans ce sens que nous l'employons dans la thèse : une personne est à la fois quelqu'un dont on peut parler et quelqu'un qui peut parler, et qui peut parler de soi en première personne¹⁴⁹. Pourquoi ne pas en faire cas davantage, et par exemple rechercher dans la notion même de personne une boussole pour la finalité de l'action médicale ? On ne trouve guère la « personne » dans les manuels professionnels – sinon pour désigner l'individu parmi d'autres, simple élément d'un collectif humain. Elle apparaît par contre quand il s'agit de droit médical. Ainsi, dans un livre collectif de sciences humaines destiné aux étudiants de médecine¹⁵⁰, il n'est que le juriste pour parler de la personne, s'agissant de ses droits. De même, la table détaillée d'un recueil didactique d'essais sur la médecine ne fait qu'une mention de la « personne malade », là encore à propos de ses droits. Ceux-ci résulteraient « d'un processus continu d'affirmation et de promotion de l'individu »¹⁵¹. Le respect de la dignité de la personne est affirmé comme un des fondements de l'action médicale inscrit dans le Code de déontologie¹⁵². La notion de « personne » gagne aussi en visibilité dans le Code de la santé publique, même si les articles concernant la fin de vie marquent des oscillations entre « la personne », « le malade », « le patient », « le mourant ». Par exemple, l'article L. 1111-4 dispose que :

« Toute *personne* a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du *malade* reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la *personne* après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la *personne* met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du *patient*. Le médecin sauvegarde la dignité du *mourant* et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs » (nos italiques).

¹⁴⁸ Daniel Pennac montre cela dans une farce guignolesque rapportant l'irruption dans un hôpital d'un malade ayant réalisé son rêve identitaire, inscrit en toutes lettres sur sa carte de visite : « Ancien malade des hôpitaux de Paris ». PENNAC Daniel, *Ancien malade des hôpitaux de Paris*, Paris, Gallimard, « Folio », 2012.

¹⁴⁹ Pour une enquête approfondie, voir : DESCOMBES Vincent, *Le complément de sujet. Enquête sur le fait d'agir de soi-même*, Paris, Gallimard, 2004.

¹⁵⁰ VISIER Laurent (dir), *Médecine, Maladie, Société : l'éthique médicale*, Montpellier, Sauramps Medical, 2008.

¹⁵¹ MINO Jean-Christophe, « D'un système de maladie à un système de santé : les enjeux contemporains des transformations de la médecine », in ZITOUN Robert, DUPONT Bernard-Marie (dir), *Penser la médecine, essais philosophiques*, op.cit., p. 265.

¹⁵² Par exemple, BRUNSWIC Henri, PIERSON Michel (dir), *Initiation à l'éthique médicale*, préf. Jean-François MATTEI, Paris, Vuibert, 2002.

Autre indice, la charte du *malade* hospitalisé de 1974¹⁵³ est devenue celle du *patient* hospitalisé en 1995¹⁵⁴, puis celle de la *personne* hospitalisée en 2006¹⁵⁵.

Pour ce qui concerne la morale, le « Guide pratique de la décision médicale »¹⁵⁶ propose une méthodologie d'analyse de la décision médicale sous l'angle éthique, dans laquelle la notion de « personne » n'intervient pas du tout. On ne peut manquer de repérer le contraste avec les auteurs qui professent une foi chrétienne : par exemple, Xavier Thévenot affirme que « la personne est le critère de moralité qui dirige toute la réflexion éthique »¹⁵⁷. Son ambiguïté entrevue par rapport à l'individualisation des soins se retrouve en réalité dans ce domaine de l'éthique. Par exemple, dans le corpus des avis du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), la notion de personne sert des prises de position opposées, y compris sur la portée de ses deux attributs principaux que sont la dignité et la liberté ; son ancrage réaffirmé dans la Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 peine à éviter les deux écueils que sont le rabattement de la personne sur le vivant humain, ou son assimilation à l'individu libre, autonome et responsable¹⁵⁸.

Les médecins se méfieraient-ils d'une notion à connotation trop religieuse, en-dehors de sa légitimité dans la sphère juridique des droits de la personne et des obligations déontologiques ? Leur apparente prudence peut aussi s'expliquer par les mines explosives qui parsèment ces zones frontières à propos de la personne. Si certains sujets de bioéthique suscitent en effet une effervescence dans l'opinion comme dans les débats académiques ou parlementaires, c'est probablement en (grande) partie parce que « les nouvelles technologies biomédicales ont remis en cause des concepts fondamentaux utilisés par les philosophes pour élaborer leurs réflexions morales, tout particulièrement, le concept de personne humaine »¹⁵⁹. En effet, les exemples ne manquent pas : modification des critères de la mort (encéphalique), transplantation d'organes à partir de donneurs vivants, médecine prénatale et interruption de grossesse, euthanasie, refus de soins, recherche sur les cellules souches embryonnaires, etc. Dans tous ces domaines se font entendre des thèses concurrentes s'appuyant chacune sur une représentation particulière de la « personne »¹⁶⁰. Ces conceptions variables servent de mode de légitimation à la limitation des ambitions d'amélioration du vivant humain. En effet, à la délimitation de la personne est toujours associé le principe d'un respect. Ce respect est-il dû à la personne en tant que co-extension de l'organisme qui la sous-tend ? A l'organisme vivant capable de ressentir du plaisir et de la douleur ? Aux êtres doués de conscience réflexive ? On a esquissé là très succinctement trois approches distinctes et conflictuelles, qui mériteraient un examen plus détaillé car chacune d'entre elles se décline en diverses nuances. Pour n'en donner qu'un exemple, parmi les

¹⁵³ Annexe à la circulaire ministérielle n° 74-258 du 12 décembre 1974 portant sur « l'humanisation des hôpitaux ».

¹⁵⁴ Annexe à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.

¹⁵⁵ Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

¹⁵⁶ LORCA Guy (dir), *Guide pratique de la décision médicale ; l'éthique en clinique*, Paris, Med-line éditions, 2004.

¹⁵⁷ THEVENOT Xavier, *La Bioéthique*, Paris, Éditions du Centurion, 1989, p. 53 (souligné par nous).

¹⁵⁸ Cette notule reprend une partie d'une publication antérieure : WEBER Jean-Christophe, « Erreur sur la personne ? La médecine au quotidien », *Cahiers philosophiques de Strasbourg*, 2012 ;31 :289-319.

¹⁵⁹ METAYER Michel, *La philosophie éthique ; enjeux et débats actuels*, Québec, Éditions du Renouveau Pédagogique, 1997, p. 330.

¹⁶⁰ Par exemple, on peut se reporter, pour un examen approfondi de cette « dispute » à propos de l'interruption de grossesse, à : FAGOT-LARGEAULT Anne, *Médecine et Philosophie*, op.cit., p. 103-144.

partisans d'une définition rationaliste de la personne et d'une primauté absolue d'un principe de respect de son autonomie, Engelhardt¹⁶¹ distingue les personnes comme un sous-ensemble des êtres humains¹⁶² partageant certains attributs : conscience réflexive, sensibilité morale, capacité de raisonner et de choisir. Seuls les êtres humains qui sont des personnes méritent réellement le respect (de leur autonomie), aux autres est réservée la seule protection bienveillante. Par contre, Beauchamp et Childress, quoiqu'issus du même courant de pensée, insistent davantage sur les conditions réelles des choix autonomes : « L'autonomie personnelle désigne au minimum l'autorégulation libre de l'ingérence des autres et des limitations qui font obstacle à un choix réel, comme par exemple une compréhension inadéquate »¹⁶³. Ils préfèrent cette définition pragmatique de l'autonomie aux considérations qui s'attachent à des conditions idéales mais trop restrictives voire inaccessibles. Plutôt qu'à une théorie générale de la personne, ils se réfèrent *in fine* à la morale commune, qu'ils présentent comme issue d'un double héritage, Kant pour la valeur inconditionnelle de l'individu et Mill pour le souci de sa liberté¹⁶⁴. En se défendant de produire une théorie morale générale, Beauchamp et Childress entendent faire preuve de prudence idéologique pour faire droit au contexte de diversité morale qui rend compte du pluralisme des conceptions du bien¹⁶⁵.

Un autre motif pour la prudence des médecins dans le maniement de la notion de personne pourrait être sa complexité, qui renvoie aux multiples sources et strates de sa constitution juridique, théologique et philosophique¹⁶⁶. Comment y trouver des repères ?

Dans le droit, l'affaire semble assez bien codifiée : la personne est un centre unifié de choix, d'action, et de responsabilité¹⁶⁷. La notion de *dignité* s'y rattache ; elle est affirmée en bonne place dans le Code civil, dont l'article 16-1 dispose que « la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie ». Toutefois, la logique interne au droit expose aussi à des difficultés. Pour Olivier Cayla¹⁶⁸, dignité de la personne et droits de l'homme ne s'opposent pas quand il s'agit des relations à autrui, mais entrent en conflit dans le cadre de la relation de soi à

¹⁶¹ ENGELHARDT JR H. Tristram, *The Foundations of Bioethics*, New-York, Oxford University Press, 2e éd., 1996, p. 138-139.

¹⁶² L'affirmation est claire : « not all humans are persons » (Ibidem.)

¹⁶³ BEAUCHAMP Tom L, CHILDRESS James F, *Les principes de l'éthique biomédicale*, op.cit., p. 92. On notera l'absence de « personne » dans l'index, sauf accompagnée d'attributs : « Personne âgée », puis « Personne capable, incapable de jugement », et enfin « Personne de confiance / Décideur / Prise de décision par un tiers ».

¹⁶⁴ Ibid., p. 101.

¹⁶⁵ C'est pourquoi le courant principliste connaît une grande diffusion dans le champ bioéthique : il définit les grands principes de la morale de telle façon qu'ils puissent être reconnus comme valides quel que soit le cadre du contenu moral particulier à telle ou telle communauté de pensée.

¹⁶⁶ Pour une présentation de cette triple source et les difficultés qui en résultent pour la « biomédecine », voir LECOURT Dominique, « Personne », in : Dominique LECOURT (éd.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2004, p. 857-859.

¹⁶⁷ On remarquera qu'en dehors du droit, une telle affirmation n'est rien de moins que problématique. Par exemple, pour Nietzsche, cette idée qu'il existe un centre unifié de choix et d'action est un écran défensif pour la mauvaise foi (NIETZSCHE Friedrich, *Par delà bien et mal...*, op.cit. § 19). Pour Freud, le Moi qui en a la charge ne parvient pas vraiment à opérer cette synthèse, et il n'est pas maître dans sa propre maison (FREUD Sigmund, « Une difficulté de la psychanalyse » (1917), *Œuvres Complètes*, vol. XV (1916-1920), Paris, Presses Universitaires de France, 2006, p. 50.)

¹⁶⁸ CAYLA Olivier, « Le droit de se plaindre », in : CAYLA Olivier, THOMAS Yan, *Du droit de ne pas naître ; à propos de l'affaire Perruche*, Paris, Gallimard, « Le Débat », 2002, p. 47 sq.

soi, et l'usage de la notion peut être mis au service de positions libérales ou conservatrices¹⁶⁹. Pour les questions qui intéressent la médecine, la constitution juridique de la personne peut-elle être conçue et interprétée comme affranchie (ou non) des conditions naturelles, sociales, psychiques dans lesquelles existe l'individu humain qui vient à la rencontre du médecin ? Parmi les travaux de juristes qui ont examiné ce problème, ceux de Bernard Edelman¹⁷⁰, Yan Thomas et Olivier Cayla¹⁷¹, Jean-Pierre Baud¹⁷² ou Stéphanie Hennette-Vauchez¹⁷³ ont montré que si le droit a longtemps distingué l'être humain concret (corps et âme) de sa personne (individualité juridique), aujourd'hui les deux sont de plus en plus confondus sans que la distinction formelle ait complètement disparu. Une double tendance est mise en évidence : d'une part le corps humain acquiert progressivement un statut juridique, d'autre part on assiste à une naturalisation de la personne¹⁷⁴.

De la philosophie nous viennent également à la fois des éclaircissements et une complexité accrue. Les théories pouvant servir de point d'ancrage pour assoir une perspective sur la personne sont nombreuses¹⁷⁵. On peut privilégier Hobbes qui met l'accent sur la personne comme représentation :

« Est une personne celui dont les paroles ou les actions sont considérées, soit comme lui appartenant, soit comme représentant les paroles ou actions d'un autre, ou de quelque autre réalité à qui on les attribue par une attribution vraie ou fictive »¹⁷⁶.

Mais, comme le souligne Guy Le Gaufeys¹⁷⁷, insister sur la représentation de soi-même que réalise la personne naturelle expose à une difficulté de taille, car il n'y a nulle intériorité à mettre en jeu. On peut préférer mettre avec Locke l'accent sur l'identité réflexive :

« Ce que représente la personne, c'est, je pense, un être pensant et intelligent, doué de raison et de réflexion, et qui peut se considérer soi-même comme soi-même, une même chose pensante en différents lieux et temps »¹⁷⁸.

Cette perspective expose aux écueils qu'on a mentionnés plus haut en évoquant le point de vue de T. Engelhardt. Kant est presque toujours invoqué dans les débats médicaux qui mettent en jeu la notion de personne, mais est-on encore prêt à arracher comme il le fait la personne à son existence empirique ? Faut-il alors s'en tenir à la philosophie analytique du langage ? Les participants des débats de bioéthique ne sont probablement pas prêts à un tel régime amincissant. En fait, toutes ces perspectives ne sont pas facilement incorporables dans le tissu d'une pratique.

Quant aux sources théologiques, elles ne peuvent être méconnues. Saint Augustin est considéré comme l'inventeur du concept de personne pour la théologie et la métaphysique¹⁷⁹.

¹⁶⁹ Sur l'utilisation d'une même notion par des positions opposées, voir aussi : Jean-Yves Goffi, « Avortement », in : Monique CANTO-SPERBER (dir.), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale, Tome I*, op. cit., p. 153.

¹⁷⁰ Bernard Edelman, *Ni chose ni personne. Le corps humain en question*, Paris, Hermann, 2009.

¹⁷¹ CAYLA Olivier, THOMAS Yan, *Du droit de ne pas naître...*, op.cit.

¹⁷² BAUD Jean-Pierre, *L'affaire de la main volée. Une histoire juridique du corps*, Paris, Seuil, 1993.

¹⁷³ HENNETTE-VAUCHEZ Stéphanie, *Disposer de soi ?...*, op.cit.

¹⁷⁴ Le cas « de l'affaire Nicolas Perruche » en est une illustration exemplaire.

¹⁷⁵ Les exposer ici sortirait des cadres de cet article et de nos compétences.

¹⁷⁶ HOBBS Thomas, *Léviathan*, Paris, Dalloz, 1999.

¹⁷⁷ LE GAUFEYS Guy, *Anatomie de la troisième personne*, Paris, Epel, 1999.

¹⁷⁸ LOCKE John, *Identité et différence*, op.cit., p. 149.

Elles exercent encore une influence certaine dans notre univers culturel occidental, et légitiment certaines prises de position dans les débats de bioéthique.

Adoptant une méthode empirique d'analyse textuelle, nous avons cherché quelles représentations de la personne se dégagent des avis récents du CCNE. Notre analyse a porté sur un corpus constitué des avis rendus publics entre 2005 et 2010, soit 24 avis numérotés de 88 à 111 dans la postérité immédiate des lois portant sur les droits des malades de 2002 et 2005. Brièvement, nous avons observé que le CCNE peut fort bien se passer de la notion de personne pour analyser les questions soumises à son examen. Neuf avis seulement s'appuient sur la notion de personne dans leur développement argumentatif¹⁸⁰ : le CCNE en propose une perspective qui se veut consensuelle et lie ensemble les deux critères de dignité et de liberté servant de points de repère pour l'examen critique des « menaces » que peuvent représenter certaines évolutions de la médecine.

Ces deux critères entrent en conflit l'un avec l'autre dans deux avis (n°105 en 2008 et n°110 en 2010). L'argumentation du CCNE rend alors compte des dissensions entre conceptions incompatibles. L'avis 105 (2008) propose un questionnaire préparatoire aux états généraux de la bioéthique, étape voulue par le gouvernement dans l'élaboration des révisions législatives. Le texte de l'avis rappelle les tensions entre les pratiques médicales et les principes dits « fondateurs » de notre société, comme l'indisponibilité du corps humain et sa non-patrimonialité. Il est rappelé que le dispositif alors en vigueur a en son cœur le principe du respect de la dignité de la personne humaine¹⁸¹. Toutes les exceptions à ce principe sont sévèrement encadrées. Toutefois, la force du principe de respect de la dignité se voit entamée si le contenu en est variable et si les exceptions, même encadrées, se multiplient, notamment à propos de l'indisponibilité du corps humain qui y est rattachée¹⁸². Quant au respect fondamental de la liberté, le point délicat concerne la revendication croissante d'autonomie auquel les lois relatives aux droits des personnes malades ont donné une traduction juridique. En effet la question se pose alors d'un devoir éventuel du législateur de protéger la personne contre elle-même (ex. du don d'organes entre vifs, où le donneur d'organes est vivant).

L'avis 110 (2010) traite de la gestation pour autrui, dont la légalisation est demandée au nom du traitement de la souffrance de ne pouvoir avoir d'enfant¹⁸³. Il entend instruire la question en décrivant les arguments des partisans et des détracteurs de cette pratique. Ceux qui prônent le maintien de l'interdiction¹⁸⁴ s'appuient en dernier ressort sur la dignité de la

¹⁷⁹ HOUSET Emmanuel, *La vocation de la personne. L'histoire du concept de personne de sa naissance augustinienne à sa redécouverte phénoménologique*, Paris, Presses Universitaires de France, 2007.

¹⁸⁰ Ce sont les avis suivants, tous consultables sur le site du CCNE (<http://www.ccne-ethique.fr/>) : 89, 90, 93, 94, 96, 98, 101, 105, 110.

¹⁸¹ L'article 16 du Code civil déjà cité a été créé puis précisé par les lois « de bioéthique » de 1994 (loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain) et 2004 (Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique).

¹⁸² C'est le cas par exemple de toute atteinte à l'intégrité du corps humain pour des motifs « médicaux » qui débordent de la « thérapeutique ».

¹⁸³ La gestation pour autrui n'apparaîtra finalement pas dans le texte présenté à l'Assemblée nationale pour la révision des lois de bioéthique en janvier 2011.

¹⁸⁴ Code civil, article 16-7 créé par la loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain : « Toute convention portant sur la procréation ou la gestation pour le compte d'autrui est nulle ».

personne¹⁸⁵. Restant sur le plan des principes, le camp opposé (*i. e.* les tenants d'une libéralisation sous conditions de la gestation pour autrui) privilégie celui de la liberté individuelle, « qui est elle aussi reconnue par la Constitution ». Le respect de la dignité peut-il conduire à protéger la personne contre elle-même sans porter *ipso facto* atteinte à sa liberté ou à son autonomie ?

Le CCNE reconnaît que

« malgré le consensus général en faveur du respect de la dignité humaine », il persiste « un clivage entre ceux qui estiment que la dignité donne aussi à l'individu des devoirs envers lui-même, afin de se montrer "digne" de sa condition d'homme, et ceux qui pensent que, dans la mesure où il n'est pas porté atteinte à la dignité d'autrui, chacun demeure libre de déterminer ce qui est de l'ordre de sa propre dignité ».

Nous avons donc d'une part une opposition entre dignité et liberté, d'autre part une opposition entre deux conceptions distinctes de la dignité : valeur intrinsèque de l'être humain, indépendante de l'appréciation individuelle, ou valeur relative au jugement individuel. La question de la gestation pour autrui met à mal l'apparent consensus qui constituait la trame d'avis antérieurs. En 2010, le CCNE a tranché pour le respect de la dignité (« *indémontrable, indérogeable et indiscutable* et qui a valeur constitutionnelle ») contre les libertés individuelles et l'avis a suscité une grande diversité de commentaires¹⁸⁶.

Outre ces tensions théoriques, il y a d'autres difficultés. Si la personne doit être respectée, c'est qu'il y va de la respectabilité personnelle. Le modèle moral et républicain qui énonce que « l'individu est pleinement libre s'il est rationnel et maître de ses émotions et de ses affects », produit la discrimination négative de tous ceux qui n'y parviennent pas, et qui sont dès lors supposés soumis aux caprices de leur biologie, de leurs instincts, de leur sexe. Les auteurs de l'ouvrage *La France invisible*¹⁸⁷ donnent à voir les nombreuses figures qui *manquent* à atteindre le modèle. Le médecin est aux premières loges pour en faire la rencontre : accidentés du travail, relégués des banlieues, délocalisés, discriminés, homosexuels dissimulés, drogués, enfermés, *borderline*, expulsables, gens du voyage, clochards, habitants de taudis, handicapés, chômeurs, travailleurs précaires, prostituées, « Rmistes »... L'*habitus* médical risque d'être perméable au modèle valorisé de la respectabilité personnelle et d'incorporer insensiblement une distinction entre personnes et non-personnes parmi les êtres parlants. Dans certains pays, cette ségrégation inavouée est supposée éclairer la question des soins « futiles », expression dont le ressort ultime est financier : des soins « futiles » engagent des dépenses illégitimes pour la collectivité. La philosophe britannique Mary Warnock encourageait naguère les personnes souffrant de démence au suicide civique¹⁸⁸. Est signalée, en France aussi, l'apparition du

¹⁸⁵ En l'occurrence c'est avant tout la femme qui porterait l'enfant qui est visée, de même que l'enfant objet d'une tractation juridico-médicale.

¹⁸⁶ Certaines critiques sont sévères : DESCAMPS Philippe, « Misères du débat institutionnel : l'exemple du clonage reproductif humain et de son traitement éthique par le CCNE », *Revue de Métaphysique et de Morale*, 2010 / 3 ;67 : 211-23 ; AUMONIER Nicolas, « Existe-t-il une oblitération institutionnelle des raisons disponibles ? », *Revue de Métaphysique et de Morale*, 2010 / 3 ;67 : 355-70.

¹⁸⁷ BEAUD Stéphane, CONFAYREUX Joseph, LINDGARD Jade (dir), *La France invisible*, Paris, La Découverte, 2006.

¹⁸⁸ *Telegraph*, 19 September 2008 : « Lady Warnock said: "If you're demented, you're wasting people's lives –your family's lives– and you're wasting the resources of the National Health Service." » Voir un commentaire dans PREDALI Dominique, SOUBEYRAND Jacques, *Douze géiatres en colère ; où il est question de la mondialisation de la maltraitance des vieux*, Paris, Fayard, 2009.

concept de « non-personne » dont le prototype est le patient dément et grabataire qui ne communique plus¹⁸⁹. La non-personne peut être écartée de la vie sans dommage moral¹⁹⁰.

Si c'est au statut de personne que s'attache la reconnaissance d'un respect, d'une dignité, et si pour être reconnu comme une personne il faut démontrer certaines qualités, alors certains êtres humains seront gravement dévalorisés. On ne peut manquer de rappeler les mots de Heidegger dans la *Lettre sur l'humanisme*¹⁹¹ : c'est justement le fait de « caractériser quelque chose comme valeur qui dépouille de sa dignité ce qui est ainsi valorisé ». Il se pourrait que les incantations contemporaines du côté de la personne ne soient qu'un paravent qui dissimule (mal) la dégradation organisée des possibilités de vivre des plus faibles. Comme le disait Lacan, les activités dites philanthropiques cachent des ressorts agressifs¹⁹².

Le modèle de l'individu responsable et autonome est aussi un des soubassements de la multiplication de droits de la personne en tant qu'utilisateur contractuel des services de santé, droits qui tendent à fonder sur une toute nouvelle base le devoir de prise en charge par le médecin des intérêts du malade. Ce devoir était jusque-là indissociable de la plus longue tradition professionnelle. Il n'est pas certain que l'information du malade soit meilleure (au sens de plus « loyale », plus « claire » et mieux « appropriée », selon les termes du code de déontologie¹⁹³) si sa nécessité repose sur le droit de la personne dans le cadre d'une « démocratie sanitaire », d'autant que cette démocratie, en important dans ses institutions la logique de l'économie libérale et le gouvernement statistique, transfigure les sujets moraux en simples coordonnées dans des tableaux de bord qui enregistrent leurs performances¹⁹⁴. Le respect des droits des personnes à l'hôpital risque fort d'être évalué principalement par des évolutions d'indices, comme celui du taux de réclamations enregistrées. La médecine, qui rencontre l'être parlant¹⁹⁵ malmené aussi bien par la biopolitique que par le culte de la performance, devra probablement trouver ailleurs que dans la notion de personne un Nord pour sa boussole.

¹⁸⁹ HOURNAU-BLANC Julie, LAMOTTE Caroline, HAOND Pierre, « Le patient grabataire non communiquant dans l'évolution finale d'une démence : réflexion sur la notion de personne », *Éthique et santé* 2004 ;3 :82-7.

¹⁹⁰ PREDALI Dominique, SOUBEYRAND Jacques, *Douze géiatres en colère...*, op.cit.

¹⁹¹ HEIDEGGER Martin, *Lettre sur l'humanisme*, trad. Jean Beaufret, Paris, Aubier, 1966, p. 129.

¹⁹² LACAN Jacques, « L'agressivité en psychanalyse » (1948), *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 107.

¹⁹³ Article R.4127-35 du code de la santé publique : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. »

¹⁹⁴ ROUVROY Antoinette, BERNIS Thomas, « Le nouveau pouvoir statistique. Ou quand le contrôle s'exerce sur un réel normé, docile et sans événement car constitué de corps "numériques"... », *Multitudes* 2010 ; 40 (1) : 88-103.

¹⁹⁵ MILNER Jean-Claude, *Pour une politique des êtres parlants. Court traité politique 2*, Lagrasse, Verdier, 2011.

CHAPITRE VI. UNE CRISE DES POUVOIRS.

« On doit obliger les hommes à leur façon, non à la nôtre ».

Lichtenberg¹

« A l'évidence, la biologie ne constitue un outil sûr et précis que pour le tri des membres de la société ; les événements et les réponses qui semblent si naturellement découler des mêmes lignes de partage, sont une conséquence de l'organisation sociale ».

Goffman²

« Nous vivons dans des « Etats médicaux ouverts » dans lesquels la médicalisation est sans limites ».

Foucault³.

¹ LICHTENBERG Georg Christoph, *Le miroir de l'âme*, trad. Charles Le Blanc, Paris, José Corti, 1997, p.123.

² GOFFMAN Erving, *L'arrangement des sexes*, trad. Hervé Maury, Paris, La dispute, « Le genre du monde », 2002, p.116.

³ FOUCAULT Michel, « Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine ? », art.cit.

Soigner est la finalité de l'action médicale : nous avons mis au jour certaines difficultés qui s'attachent aux représentations qu'on se fait de son destinataire. Soigner suppose des connaissances théoriques et pratiques spécialisées, dont on a vu que le cadre épistémologique était questionné. Si soigner est la mise en œuvre d'une capacité, c'est aussi l'exercice d'un pouvoir, et c'est sous cet angle que nous en parlerons dans ce chapitre. *Potentia* et *potestas* : ces puissances sont volontiers enchevêtrées. Quatre volets se succèdent dans ce chapitre qui les rassemble comme autant d'aspects qui se croisent sans se recouvrir complètement. Le premier est une contribution au débat actuel qui met en avant le soin, souvent en réaction à la technique : nous mettrons en exergue les difficultés spécifiques à la médecine. Le second prend part à la discussion lancée par Foucault sur la gouvernementalité, en tant qu'elle concerne la biopolitique (au sens large des techniques de gouvernement des vivants). Nous verrons que la médecine est, dès son origine, prise dans un mouvement de lutte contre l'*hubris* corporelle qui la conduit à devoir affronter des impasses théoriques et pratiques. Nous prendrons l'obésité comme exemple. Le troisième volet expose la question délicate de la limitation de l'offre de soins : nous proposons de l'aborder sous l'angle d'un problème avant tout clinique qui concerne la réponse à la demande mais aussi le rapport qu'entretient chaque médecin avec ce qu'il ignore. Enfin, nous aborderons la question des liens entre pouvoir médical et autonomie du malade, fiabilité et dépendance, liberté des deux protagonistes de la relation clinique. Notre perspective restera ancrée dans la pratique médicale individuelle, même si ce chapitre croise des analyses sociologiques et politiques et des aspects collectifs de la médecine.

A. LA CRISE DU PRENDRE SOIN. LES AMBIGUÏTES DU PRENDRE SOIN.

Soin, prendre soin, soigner sont des mots anciens qui semblent promis à une nouvelle jeunesse¹ et s'étendent bien au-delà de la santé². Pour ce qui nous concerne, la notion de soins rassemble une épaisseur de significations entre deux extrêmes qui seraient d'une part le maintien des conditions d'existence (*to care* en langue anglaise, *pflügen* en allemand³, ou encore ce que Frédéric Worms appelle la relation de soin, plus primitive et plus générale que

¹ On peut se rapporter à la présentation qu'en propose Lombard. Brièvement, la notion de soin rassemble une disposition (le *souci de*, *l'attention portée à*, la recherche de l'action réussie) et des attitudes, des gestes, ceux du *prendre soin*. En médecine le soin est rapporté à des be-soins, nécessités pressantes du corps. Et tout en prenant soin du corps, on soigne aussi quelqu'un. LOMBARD Jean, « Aspects de la *techné* : l'art et le savoir dans l'éducation et dans le soin », *Le Portique* [En ligne], 2006-3, Soins et éducation (I), mis en ligne le 08 janvier 2007, consulté le 28 juin 2018.

² Ces mots entrent dans des configurations sémantiques qui portent et sont portées par des discours qui ont pour vocation de décrire à nouveau frais l'état du monde et d'inciter à penser et entreprendre des actions ré-orientées. Ainsi, on trouvera par exemple le (prendre) soin à côté de « souffrance (psychique) », de « victime », ou d'« inadaptation » dans les registres du « traumatisme » ou de la « vulnérabilité » (guerre, catastrophe naturelle, agression sexuelle, inégalités sociales). L'expansion florissante du (prendre) soin pose question : s'agit-il d'une perspective nouvelle pour appréhender l'être-au-monde d'aujourd'hui comme une disposition soignante : soin de soi, soin de l'autre singulier, soin collectif (la politique ou l'agir social comme soin), soin de la terre, etc. ?

Alternativement, on dira que le monde a réellement changé, qu'il est devenu plus dur, et que le soin est la réponse nécessaire et ajustée à ce diagnostic de réalité. Dans les deux cas toutefois, la notion de soin déborde de la seule description des choses pour se situer dans le champ normatif : « il faut », « nous devons » prendre soin.

³ De *pflügen* dérive le substantif *Pflicht*, dont on notera au passage qu'il signifie le devoir.

la médecine, un soin relationnel, global, intégratif), et d'autre part la mise en œuvre de ressources techniques pour combattre la maladie (*to cure, heilen*, chez Worms le soin médical spécifique, thérapeutique, partiel, dissociatif)⁴.

En médecine, (prendre) soin est volontiers couplé à « humanisme », « empathie », dans des discours qui déplorent la mécanisation de l'hôpital, l'allégeance de la thérapie aux biotechnologies, pour revaloriser les soins de base, de support, de confort, et la dimension relationnelle sans laquelle l'action soignante serait dénaturée. D'une certaine façon, le (prendre) soin est le socle des relations entre les hommes : si « toute relation éthique à l'autre est une relation de soin »⁵, ou si le médical est une catégorie anthropologique primordiale⁶, alors la terre du soin est sans frontières. Frédéric Worms suggère que l'idée de soin aujourd'hui est « peut-être la seule à pouvoir assurer une *unité* » : unité entre des champs divers (de l'acte médical précis au politique et à l'éthique) où se manifestent les enjeux « d'un présent éclaté et vulnérable » ; unité également au sein de chaque champ/domaine pour qu'y puissent être rassemblées des exigences contradictoires⁷. Dans son champ propre, la médecine se trouverait ainsi enrichie par l'ouverture de l'acte médical technique à ses dimensions relationnelle et collective, l'ensemble pouvant être unifié par le soin.

Ceci suppose d'admettre pour le soin une perspective d'emblée morale et politique : soulagement des maux et constructions justes. Les théories du « care » ont voulu promouvoir une nouvelle approche des rapports sociaux et de l'action politique, avec des coordonnées affectives, émotionnelles, concrètes et locales, plutôt que rationnelles, abstraites et universelles. Elles ont stimulé de nombreuses publications dans le champ médical témoignant de la fertilité du concept de soin pour la réflexion sur la pratique⁸. Il ne s'agit donc plus aujourd'hui de proposer l'exploration de son extension, mais de naviguer dans les marges et d'examiner certaines zones de turbulences.

⁴ WORMS Frédéric, « Les deux concepts du soin, Vie, médecine, relations morales », *Esprit* 2006 ; 321 :141-156.

⁵ BARRIER Philippe, « Le soin comme accompagnement et facilitation de l'individuation avec la maladie chronique », in BENAROYO Lazare, LEFEVE Céline, MINO Jean-Christophe, WORMS Frédéric (dir), *La philosophie du soin*, Presses Universitaires de France, Paris, 2010, p. 155-171.

⁶ LEVINAS Emmanuel, *Entre nous. Essais sur le penser-à-l'autre*, Paris, LGF/ Livre de Poche, 2004, p. 102.

⁷ WORMS Frédéric, « Vers un moment du soin ? Entre diversité et unité », in BENAROYO Lazare, LEFEVE Céline, MINO Jean-Christophe, WORMS Frédéric (dir), *La philosophie du soin*, Presses Universitaires de France, Paris, 2010, p. 11-21.

⁸ par exemple : LOMBARD Jean, « Aspects de la *technê* : l'art et le savoir dans l'éducation et dans le soin », art.cit. ; LOMBARD Jean, VANDEWALLE Bernard, *Philosophie et soin*, Paris, Seli Arslan, 2009 ; BENAROYO Lazare, LEFEVE Céline, MINO Jean-Christophe, WORMS Frédéric (dir), *La philosophie du soin*, Presses Universitaires de France, 2010 ; CRIGNON-DE OLIVEIRA Claire, GAILLE Marie (dir), *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ?* Paris, Seli Arslan, 2010 ; DORON Claude-Olivier, LEFEVE Céline, MASQUELET Alain-Charles (dir), *Soin et subjectivité*, Paris, Presses Universitaires de France, 2011 ; CHAGNON Véronique, DALLAIRE Clémence, ESPINASSE Catherine, HEURGON Edith (dir.), *Prendre soin : savoirs, pratiques, nouvelles perspectives*, Paris, Hermann, 2013.

A.1 LE SUJET DU SOIN

Cette expression est à entendre dans ses multiples acceptions : le sujet du soin est sans conteste un thème fédérateur, un motif discursif qui se disperse tout en structurant certains agendas⁹. Dans les degrés de l'agir, le sujet du soin est l'agent du soin, le soignant. Mais on veut désigner aussi par « sujet du soin » son destinataire, le soigné, précisément pour souligner que le soin est ou devrait être subjectivant et se distinguer d'un agir qui réifie ou objective... son objet, quand ce dernier est une personne. Prendre soin d'une personne, c'est alors prendre soin d'un sujet. Certaines ambiguïtés d'une langue encombrée de la « querelle philosophique du sujet » peuvent être levées en constatant que le verbe transitif soigner, admet deux actants (donc deux sujets logiques), un agent et un patient¹⁰. Par contre, ce qui demeure équivoque tient aux représentations qu'on se fait de la relation de soin elle-même : le soigné est-il passivement entre les mains du soignant ?

En médecine, le retour à une pensée du soin peut être vu comme le rappel de son origine : le soin d'une souffrance. Si on parle tant du soin aujourd'hui dans les critiques adressées à la médecine contemporaine, c'est parce que le soin y est en crise : il serait urgent de ressaisir ce que veut dire « prendre soin » en médecine, parce que la médecine serait en train de l'oublier. Ainsi Benaroyo déploie-t-il la thèse herméneutique de la pratique médicale pour unir éthique et clinique de l'exercice quotidien dont le point de départ est une condition contingente qui rend nécessaire une attention au singulier, à l'expérience vitale propre au malade. La médication doit être intégrée dans l'ensemble plus vaste du soin, acte fondamentalement discursif et langagier qui rassemble les registres de la relation clinique, de la sagesse pratique et de la responsabilité éthique du soignant¹¹. Pour le médecin, cela suppose des décentrement : passer de l'observation à l'écoute, de l'objectif au subjectif, du jugement déterminant au jugement réfléchissant¹². L'accent est mis sur le soin des souffrances pour décrire la nature profonde de la médecine¹³, mais d'autres frontières s'en trouvent estompées, comme le traitement de la maladie, la division entre normal et pathologique¹⁴, ou l'analyse critique des causes¹⁵. D'un côté, il importe de ressaisir un des soubassements fondamentaux

⁹ L'écologie responsable est un « prendre soin » de la Terre ; la biopolitique multiplie les soins du vivant au détriment du soin porté aux conditions sociales et politiques du vivre. Ainsi, la « veille sociale » et l'« action renforcée » se règlent sur des niveaux de température extérieure au-delà desquels il est tout à fait possible de laisser des familles avec enfants dormir dans la rue : valorisation de la vie biologique et négligence des autres dimensions de l'existence peuvent coexister. Cette mise en concurrence des objets du soin et des modalités du (prendre) soin doit nous alerter.

¹⁰ Sur la grammaire actancielle des verbes, voir DESCOMBES Vincent, *Le complément de sujet*, op.cit. Nous dirons plus loin, au début de la troisième partie, que les verbes des actions médicales sont plutôt trivalents.

¹¹ BENAROYO Lazare, « Éthique et herméneutique du soin », in *La philosophie du soin*, op.cit., p. 23-36.

¹² DRAPERI Catherine, « Narration, soin et accompagnement : accéder au monde de l'autre », *La philosophie du soin*, op.cit., p. 37-55.

¹³ Au risque peut-être d'oublier d'autres traits qui font aussi partie de son agir essentiel (répondre à la demande du malade), que ce soit dans la dimension du contrôle de l'*hubris* corporelle ou de l'accroissement des puissances de santé. Voir WEBER Jean-Christophe, « Traiter quoi, soigner qui ? », art.cit.

¹⁴ Ainsi dans le domaine de l'assistance à la procréation, la souffrance de ne pas pouvoir avoir d'enfants légitime la mise en œuvre de technologies sophistiquées pour y pallier : si ce n'est pas une maladie, c'est toutefois une vraie souffrance, qui appelle un soin.

¹⁵ Le thème de la souffrance au travail s'est imposé, générateur de nouvelles nécessités de soins : cette reconnaissance n'est cependant pas sans poser problème si le soin est adressé à la victime souffrante (à besoin pressant, soins d'urgence) sans que soient prises en compte les causes (politiques, gestionnaires, managériales par exemple) qui en sont responsables.

de l'agir médical, et de l'autre, il est essentiel de ne pas le réduire à un palliatif de l'impuissance à agir efficacement¹⁶.

Qui soigne-t-on ? Des victimes de souffrances. La généralisation du soin est le corrélat de la généralisation de la souffrance, ou du moins d'une sensibilité croissante à la souffrance comme modalité relativement nouvelle d'expression et d'appréhension des réalités mondaines et subjectives. Il n'est pas étonnant qu'elle soit autant perceptible, si elle sert de critère polyvalent pour appréhender le monde. Marcel Gauchet y lit un des symptômes de l'individualisme qui caractérise notre époque, celle d'un « soi » dont il faut *prendre soin*¹⁷ ! Cette perspective sombre, qui appelle le soin comme consolation ultime, qui en appelle au soin comme dernier recours dans un monde brutal, indique en creux une limite au « prendre soin », sauf à l'intégrer dans un projet politique.

En médecine, le traitement étiologique est jugé supérieur au traitement symptomatique. Il est vrai qu'on a pu négliger le traitement du symptôme – par exemple la douleur. Cela a été amplement stigmatisé¹⁸. Cette dénonciation participait aussi du mouvement de sensibilisation à la douleur, alimenté et alimentant en retour un mouvement de protestation contre la déshumanisation des soins. Il faut aussi en marquer les corrélats : cette perspective ne faisait pas que décrire et dénoncer, elle a contribué de manière performative à la construction d'une humanité douloureuse, d'un homme (avant tout) souffrant et devant être soulagé prioritairement avant d'être traité pour une maladie¹⁹. Les théories politiques du *care* qui ont participé à l'extension de la notion de soin étaient porteuses d'une volonté émancipatrice qui avait une autre ambition²⁰. Elles ont été longuement analysées et nous n'y reviendrons pas, sauf à dire que le (prendre) soin, en tant que tel, n'implique pas que des conséquences heureuses. C'est pourquoi il convient de rester prudent quant à sa valorisation unanime. Toutefois, il est délicat de porter la critique sur ce terrain sans passer pour un monstre moral, tant le soulagement de la souffrance apparaît comme la base sans laquelle toute action médicale est suspecte²¹. Mais nous voulons explorer ici une autre hypothèse : plutôt que de voir le soin comme une *réponse* à la crise de la médecine, nous interrogeons le « discours du (prendre) soin » comme le *symptôme* même de cette crise. Notre hypothèse n'aurait guère de portée si elle ne faisait que reprendre l'opposition paradigmatique entre les froids techniciens de maintenance de la machine corporelle et les humanistes empathiques, opposition accentuée par les discours qui contrastent au maximum *cure* et *care*.

A.2 LE SOIN ENTRE CONTROLE ET EMANCIPATION

Le dictionnaire fournit des arguments solides pour la généralisation de la notion de soin au-delà du champ médical et même relationnel. On ne pourra donc s'en servir utilement pour

¹⁶ Un exemple est fourni par les campagnes de lutte contre la douleur, et la promotion de la bientraitance dans les établissements de santé : un véritable soin est nécessaire, mais les réponses apportées ne traitent pas les racines des problèmes. WEBER Jean-Christophe, « Douleur, éthique et bientraitance », *Ethique et santé* 2011 ;8 : 191-197.

¹⁷ GAUCHET Marcel, « Trois figures de l'individu », art.cit.

¹⁸ Voir par exemple KENNEDY Ashley Graham, « Differential diagnosis and the suspension of judgment », art.cit.

¹⁹ WEBER Jean-Christophe, « Douleur, éthique et bientraitance », art.cit.

²⁰ TRONTO Joan, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte, 2009.

²¹ WEBER Jean-Christophe, « Traiter quoi, soigner qui ? », art.cit.

opposer le soin à la « déshumanisation » de la médecine. En effet, pour le lexicographe qui suit l'histoire du mot, la première acception de « soin » est le souci, la préoccupation²². Il exprime dans un registre devenu désuet l'attachement de l'esprit pour une chose, l'intérêt et l'attention pour quelqu'un, l'effort qu'on se donne pour aboutir. Les locutions verbales « prendre soin (de qqchose ou qqun) » et « avoir soin de » expriment un état de veille, de vigilance, d'effort et de priorité donnée, relatifs à un objet, une situation, un projet auquel on s'intéresse. La seconde acception renvoie à l'occupation, la responsabilité que l'on doit assumer, ou que l'on confie à quelqu'un qui devra accomplir la tâche si on lui en « laisse le soin ». Dans ce sens qui met l'accent sur les pratiques davantage que sur les dispositions, on retrouvera « avoir soin » et « prendre soin » pour désigner le fait de s'occuper de la santé ou du bien-être matériel ou moral de quelqu'un, mais aussi pour dire que l'on veille au bon état ou à l'entretien d'une chose qui peut être immatérielle (prendre soin de sa réputation). Au pluriel, les soins sont des actes de sollicitude et de prévenance envers quelqu'un, les actions par lesquelles on « prend soin » d'une personne, voire les attentions délicates et les menus services que l'on rend à quelqu'un pour lui être agréable (« les petits soins »). Mais là encore, les soins peuvent concerner des objets, ou des vivants non humains (les soins journaliers des plantes du jardin). Les soins corporels entretiennent l'hygiène, la propreté, l'esthétique, la forme sportive, et parmi eux les soins de santé s'efforcent de la conserver ou de la rétablir. Le quatrième sens rassemble les deux premiers (dispositions et pratiques, attitudes et actions) dans une appréciation normative, en nommant « soin » l'application ordonnée et minutieuse dans l'effectuation d'une tâche. Prendre soin, c'est faire quelque chose avec soin, soigneusement. Aujourd'hui, l'accent est mis davantage sur les attitudes que sur les pratiques effectives. Penser le soin amène à souligner des traits communs entre l'ensemble des relations (bienveillantes et bienfaitantes) à autrui, et un ancrage nécessaire dans les relations ordinaires. Sans ce socle, toute relation « spécialisée » de soin, y compris sous couvert de sa qualification nouvelle de « bientraitance » apparaît comme falsifiée²³. Il semble toutefois important, sous peine de manquer un pan important des enjeux, de ne pas omettre les pratiques effectives. Le soin de ces dernières n'est officiellement apprécié qu'à l'aune de quelques critères de qualité à mille lieux du « soigneusement ».

Dans la perspective d'*Etre et Temps*, prendre soin de quelque chose renvoie d'abord au mode d'être-au-monde fondamental qu'est la préoccupation (*besorgen*). En allemand, ce terme – en proximité lexicale avec *Sorge* (le souci) que Heidegger fait dériver du concept antique de « cura » : effort, soin et dévouement – renvoie à de multiples significations, qu'on ne retrouve pas toutes en français : régler une affaire ; se procurer quelque chose ; craindre. Mais ce mode d'être ne convient pas dans le rapport à autrui, qui n'appelle pas tant la préoccupation que la sollicitude (*Fürsorge*)²⁴. *Fürsorge* se traduit aussi par assistance, ou soins. Dans ses modalités positives (car la *Fürsorge* peut s'exprimer sous les façons d'être contre ou sans les autres), la sollicitude revêt deux possibilités presque opposées. En effet

²² DICTIONNAIRE *Trésor de la Langue Française Informatisé*.

²³ SPRANZI Martha, « Humanité et maltraitance ordinaire... », art.cit.

²⁴ HEIDEGGER Martin, *Etre et temps*, (1927), trad. E. Martineau, Edition numérique hors commerce, §26. http://t.m.p.free.fr/textes/Heidegger_etre_et_temps.pdf.

« Elle peut ôter pour ainsi dire le "souci" à l'autre, et, dans la préoccupation, se mettre à sa place, se *substituer* à lui » ; mais elle peut aussi devancer l'autre « non point pour lui ôter le "souci", mais au contraire et proprement pour le lui restituer »²⁵.

Dans le premier cas, l'autre est pris en charge, soigné au point d'être expulsé de sa place. « Dans une telle sollicitude, l'autre peut devenir dépendant et assujetti, cette domination demeurerait-elle même silencieuse au point de lui rester voilée ». Dans le second cas, il s'agit du souci authentique, celui de l'existence de l'autre, qui ne vise pas « *quelque chose dont* il se préoccupe », mais « aide l'autre (...) à devenir *libre pour (son souci propre)*. Le quotidien de l'être-l'un-avec-l'autre se tient entre ces deux extrêmes : « la sollicitude substitutive dominatrice et la sollicitude devançante-libérante ». On peut se guider « par l'*égard* et par l'*indulgence* », pour que la sollicitude ne bascule pas dans l'indiscrétion, ni que la tolérance ne voisine avec l'indifférence pure²⁶.

S'il importe de saisir, dans la pensée médicale, la base de souci et de sollicitude pour autrui qui constitue une modalité de l'être-avec et de l'être-pour, toute une gamme d'attitudes reste donc ouverte, allant de la domination (sous couvert de soins bienveillants) au soin émancipateur.

Dès lors il est loin d'être évident que l'opposition technique/soin (ou cure/care) soit la plus pertinente, d'autant qu'elle croise une autre critique faite à la médecine, celle du paternalisme. Ces deux critiques sont d'ores et déjà en conflit : en effet, accentuer le reproche du paternalisme au nom de l'autonomie risque de se solder par un surcroît d'indifférence²⁷ ; et réclamer le soin au nom de la vulnérabilité souffrante risque de se solder par un surcroît de surveillance. C'est d'ailleurs ce qu'on ne manque d'observer : au nom d'une autonomie pensée sur un mode solipsiste, on réclame à la médecine sa tutelle experte. Elle ne peut se dérober, puisqu'elle est sollicitée sur le mode de la souffrance, laquelle performe la légitimité du soin, et catégorise son impératif. Sortir de ce paradoxe suppose de réviser les rapports de la pratique au savoir et au pouvoir.

A.3 POUVOIR ET SOIN

En effet, les discours du (prendre) soin accompagnent aussi une critique du pouvoir : le service et la sollicitude contestent la tutelle et la domination. La contestation du pouvoir médical par le droit (des usagers du système de soin) ou la morale (le respect de l'autonomie) se trouvent complétées dans les registres anthropologique et éthique. Nous verrons plus loin que la figure du pouvoir pastoral chez Foucault est plus nuancée²⁸ : le soin a une contrepartie, c'est l'assujettissement. Il suffit de songer au poids actuel des contrôles et de la surveillance dans le (bon) soin des maladies chroniques pour être au cœur de la problématique. Mais aussi, la bienveillance peut faire fonds sur des pulsions agressives et sadiques²⁹. Le soin peut être

²⁵ Ibidem.

²⁶ Ibidem.

²⁷ MAC CULLOUGH Laurence B, « Was Bioethics founded on historical and conceptual mistakes about medical paternalism? », *Bioethics* 2011;25(2):66-74.

²⁸ FOUCAULT Michel, *Sécurité Territoire population*, op.cit.

²⁹ GAILLE Marie, FOUREUR Nicolas, « "L'humanité", enjeu majeur de la relation médecin/patient. Y a-t-il une violence intrinsèque à la situation de soin ? », in : *La philosophie du soin*, op.cit., p. 189-204.

corrélatif de la peine, sous forme d'injonctions de soins (violences sexuelles³⁰, ou encore addictions). On saisit alors que la force du (prendre) soin peut aussi avoir un côté obscur et se souvenir qu'il convient de « tempérer le zèle à faire du bien »³¹ : nous étudierons plus longuement (chapitre XIII) la vertu de *sôphrosunē* (σωφροσύνη – souvent traduite par tempérance).

Saisi dans le contexte de la pratique clinique, le « prendre soin » n'a toutefois pas besoin d'être « psychologisé » : il n'est pas tant question de l'ambiguïté de la compassion, sur laquelle nous reviendrons (chapitre XII), que de l'excellence d'une pratique attentive à la singularité de son destinataire comme aux déterminations sociétales qui l'infléchissent. Si le prendre soin généralisé est le corrélat d'une médicalisation sans précédent de la vie quotidienne, si nous vivons dans des « Etats médicaux ouverts »³², où on constate une médicalisation de l'intime, du social, du politique, se régler sur une forme de tempérance, ce pourrait être alors de résister à l'extension de son champ de compétences, de « souffrir » qu'on ne peut pas tout médicaliser, de défaire l'emprise du corrélat souffrance-soin. Mais n'allons pas trop vite.

Avant Foucault, la question du pouvoir pastoral est abordée par Platon. L'objet explicite du dialogue *Le Politique* est de définir correctement la science politique (*tekhnē politikē*) et l'homme qui l'exerce³³. La figure du médecin y est convoquée à plusieurs reprises, en raison de traits fondamentaux communs. La première partie du dialogue emploie la méthode de division propre à la dialectique pour « serrer » au plus près la *tekhnē politikē*, et aboutit à cette définition « pastorale » de la politique comme science cognitive et directive qui a pour objet l'élevage en commun des hommes, définition que des commentateurs ont jugé grotesque³⁴ ou inutile³⁵. Dans le dialogue, cette définition ne convient pas pour plusieurs raisons dont celle-ci qui a trait à notre propos : par rapport à l'activité caractéristique des pasteurs qu'est le soin (*epimeleia*), le politique doit être un *therapeutes*. L'image médicale est convoquée pour spécifier, sur ce fond générique de l'*epimeleia*, une activité qui s'en détache. En effet, *epimeleia* désigne un ensemble d'activités de veille, de surveillance, d'administration, qui suppose des compétences quasi-naturelles. La *therapeia* est un soin nouveau, lié à une connaissance et une pratique spécialisées, celles du médecin³⁶. De plus, en contraste avec celui du berger, le soin politique est librement offert et librement accepté. Malgré ces précisions apportées, le paradigme du berger est abandonné au profit de celui du tisserand : le politique doit articuler différents arts nécessaires à la vie de la cité, diriger différents auxiliaires, rassembler des tempéraments opposés. Dans le dialogue, une incidente est consacrée à la juste mesure, qui ne relève pas d'une appréciation quantitative, mais de ce qui convient... au cas particulier³⁷. Si l'art de la juste mesure est nécessaire au politique, elle ne

³⁰ DORON Claude-Olivier, « Soigner par la souffrance », in : *Soin et subjectivité*, op.cit., p. 87-113.

³¹ FAGOT-LARGEAULT Anne, *Leçon inaugurale*, op.cit.

³² FOUCAULT Michel, « Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine ? », art.cit.

³³ PLATON, *Le politique*, op.cit.

³⁴ SLOTERDIJK Peter, *Règles pour le parc humain*, suivi de *La domestication de l'Être*, Paris, Mille et une nuits, 2010, p.56.

³⁵ CASTORIADIS Cornelius, *Sur le Politique de Platon*, Paris, Seuil, 1999, p.53.

³⁶ LOMBARD Jean, « Aspects de la *technē* : l'art et le savoir dans l'éducation et dans le soin », art.cit.

³⁷ DELCOMMINETTE Sylvain, « La juste mesure. Etude sur les rapports entre le politique et le Philèbe », *Les études philosophiques* 2005 ; 74 : 347-66.

l'est pas moins pour le médecin, nous l'avons vu au précédent chapitre. La *therapeia* est aussi un art de la juste mesure, qui ne se déduit ni d'une mesure quantitative, ni d'une mesure qualitative universelle qui vaudrait pour tous. C'est dire que la crise épistémologique est inévitablement aussi une crise des finalités et une crise du pouvoir.

Une part importante du dialogue est consacrée aux rapports entre l'homme politique véritable (décrit comme un homme royal) et les lois écrites. Ces dernières ne sont utiles qu'en l'absence du politique « idéal » et sont un pis-aller, une imitation du meilleur régime. Pourquoi les lois écrites ne conviennent-elles pas ? La diversité des individus et leur nature changeante objectent à la possibilité d'une loi générale ou universelle. Or la loi tend à imposer la même règle partout et à travers toutes les circonstances. Le véritable homme politique c'est l'*epistemon*, celui qui sait, et celui qui sait ce que chacun doit faire parce qu'il possède le vrai savoir. La science nécessaire ne peut jamais être adéquatement déposée dans des lois, ou représentée par des lois³⁸. C'est ici un savoir ordonné au particulier. Le parallèle avec la médecine est explicite. Son expertise est pratique et la tâche du politique est décrite avec des termes médicaux : *prostattein* (prescrire), et aussi ordonner *parakathèmenos* (en étant à son chevet) à chacun, à chaque individu qui participe à la société, ce qu'il est juste de faire et de ne pas faire. On voit que le concept de soins individualisés ne date pas de la médecine de précision. L'inadéquation de la loi à recueillir la science vraie du politique rappelle l'inadéquation des procédures à recueillir l'agir soignant. Etre au-dessus des lois ne signifie pas pour autant de donner des ordres arbitraires (le rapport à la rationalité est toujours présent, comme la visée de ce qui est bon). La loi écrite, tout comme l'ordonnance médicale à laquelle Platon la compare, reste cependant nécessaire, même si le médecin, constatant un changement de l'état de son malade, n'hésite pas à la modifier, en fonction des circonstances nouvelles.

Toutefois, cet homme politique idéal n'existe pas, pas plus que le médecin qui se tiendrait à chaque instant à côté de chacun pour lui dire comment agir pour le bien de son corps : car le savoir épistémique absolu, qui saurait à chaque instant et pour chacun, est inaccessible. On peut se saisir alors des apories du dialogue pour penser l'aporie du (prendre) soin idéal. Il nécessite un savoir inaccessible, qui articulerait à chaque instant et pour chacun l'ensemble des connaissances dans la visée du meilleur. Il est au-dessus des protocoles, des recommandations, mais ces lois écrites sont pourtant inévitables. Il justifie son extrême directivité par la technique royale, mais personne ne la possède. L'écart avec la réalité fait place à l'initiative du malade (comment agir en l'absence du médecin ?) et au jugement réflexif, mais ne supprime pas l'insistance du lien entre exercice d'une technique et connaissance spécialisée. Cette dernière n'est pas synonyme, bien au contraire, de l'application aveugle d'un schéma. Au contraire, elle est nécessairement conjonction du savoir général et des circonstances particulières dans toute intervention sur un cas précis, elle accepte de se modifier en vue d'un meilleur résultat, autrement dit elle n'oppose pas mais associe la vertu et la science³⁹ : ainsi s'esquisse la voie que nous suivrons dans la troisième partie. C'est le désir de mener son action (la cure, le soin médical) dans les règles de l'art qui devrait être la boussole de la politique (en tant que couplage savoir/pouvoir) du médecin.

³⁸ CASTORIADIS Cornelius, *Sur le Politique de Platon*, op.cit., p.141.

³⁹ LOMBARD Jean, *Platon et la médecine, le corps affaibli et l'âme attristée*, Paris, L'Harmattan, 1999.

Autrement dit, et c'est ce qui nous importe ici, il n'est pas nécessaire de diluer la spécificité de la médecine dans un prendre soin généralisé.

Contrairement au pouvoir associé au savoir référentiel (Platon), en médecine le pouvoir naît aussi du transfert (qui met en œuvre un savoir non référentiel et supposé, nous y reviendrons amplement). En médecine, l'alliance des deux est un alliage d'autant plus délicat qu'on répond *aussi* dans l'ordre des besoins de soins, sous des modalités volontiers directives : ordonnance, prescription, conseil. Prévenir les effets massifs de la suggestion inévitable ne saurait être traduit par l'indifférence à la souffrance dont les témoignages se multiplient⁴⁰. Mais *prendre soin* de la demande au-delà ou en deçà du besoin suppose quand même de la laisser se déployer *sans se précipiter* dans le soin. L'insistance sur le soin ne doit pas venir masquer l'absence de traitement des questions en souffrance, ou pire, ouvrir les vannes à son administration moléculaire (Cf. chapitre XII). On aurait alors le soin au détriment du traitement. Il ne faut pas renoncer au *cure* pour le bénéfice du *care*. Si le « prendre soin » participe de l'essence de la médecine, de sa philosophie propre dans une tradition de longue durée, il ne saurait être posé comme son seul fondement.

B. LE GOUVERNEMENT DES CORPS ET DES ESPRITS.

La question du prendre soin nous a largement introduit à celle du pouvoir. Mais celui-ci s'analyse à plusieurs niveaux : par exemple, la pratique médicale peut être considérée comme un champ polémique où s'actualisent deux visées apparemment contradictoires, le souci de chacun (chaque un) et la biopolitique, entendue ici au sens large, comme un gouvernement sanitaire des populations. Rappelons ici la formulation problématique de l'article 2 du code de déontologie médicale, qui énonce que le médecin est au service de l'individu *et* de la santé publique⁴¹. Problématique signifie qu'il n'y a pas une alternative simple, concernant la médecine, entre le souci de chacun et la gestion politique du tous. Néanmoins,

« l'image du médecin habile et attentif dont les malades singuliers attendent leur guérison est peu à peu occultée par celle d'un agent exécutant les consignes d'un appareil d'État, chargé de veiller au respect du droit à la santé que revendique chaque citoyen, en réplique aux devoirs que la collectivité déclare assumer pour le bien de tous »⁴².

La question est bien plus complexe qu'une alternative ou une dualité. D'une part la gestion biopolitique du Tous ne s'adresse pas qu'à un ensemble, mais se complète de processus individualisants, déjà évoqués. D'autre part, le souci/soin de chaque un n'aurait presque aucun espace de concrétisation sans l'organisation collective du système de santé, qui le rend possible⁴³. La pratique médicale adressée à chaque un n'est donc pas en opposition

⁴⁰ SPRANZI Martha, « Humanité et maltraitance ordinaire... », art.cit.

⁴¹ Article R.4127-2 du Code de la Santé Publique : « Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort ». C'est en réalité le premier article de contenu, celui qui précède ne faisant qu'indiquer le lieu d'inscription juridique du Code.

⁴² CANGUILHEM Georges, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible? », art.cit., p.79.

⁴³ De plus, nous verrons plus loin comment le développement scientifique qui la rendu plus efficace a nécessité la mise entre parenthèses de l'objet individuel du souci.

simple avec la dimension collective, elle fait retour au chacun en passant par deux domaines qui lui sont hétérogènes mais étroitement corrélés, la science mais aussi l'économie politique, qui organisent les conditions de réalisation et d'efficacité de la pratique médicale individuelle. Le champ de la pratique médicale est poreux aux dynamiques sociales, qui façonnent les croyances, les attentes, les demandes qui lui sont adressées⁴⁴. On ne peut enfin ignorer le voisinage délicat du souci de chacun avec la tendance à l'individualisme⁴⁵. L'époque est celle d'un « soi » qui ressemble à s'y méprendre au Moi freudien. L'aspiration à l'accomplissement personnel semble surpasser les réalisations collectives. Elle s'accompagne de consolidations juridiques : pour ce qui est de la santé, on assiste à une multiplication des droits et des protections juridiques de l'individu (recherche, transplantation, droits des usagers, charte de la personne hospitalisée, lutte contre la maltraitance, etc...). Cette refonte objective contribuerait à façonner une expérience subjective d'un soi fragile, et d'une vie menacée⁴⁶. L'insistance sur la vie biologique des individus (plutôt que sur la vie politique des citoyens) opère un glissement dans la gouvernementalité : non plus le souci des conditions d'existence de chacun comme citoyen, mais la diffusion massive d'injonctions de surveillance et de modalités d'appareillage de la vie biologique, avec délégation de responsabilité à chacun, selon des modalités variables et parfois nuancées⁴⁷. Ceci d'ailleurs ne se fait pas contre mais avec l'assentiment des gens, qui préfèrent qu'on s'occupe d'eux plutôt que cultiver leurs propres penchants⁴⁸. La médecine est ainsi aux premières loges.

B.1 EN QUOI LA MÉDECINE EST-ELLE AUSSI UNE AFFAIRE DE GOUVERNEMENT ?

Avant de considérer la place de la médecine dans les dispositifs contemporains de gouvernementalité, il ne faut pas perdre de vue en quoi, dans son essence même, elle intègre la dimension du pouvoir, ou plutôt, du gouvernement. C'est selon nous le socle sur lequel le reste viendra se greffer. Ce qui rend l'analyse du « pouvoir médical » si complexe est l'intrication, dans bien des situations concrètes, de plusieurs dynamiques en tension : l'autorité de la rationalité universelle – la raison des Lumières – n'est pas le pouvoir de la rationalité gestionnaire, ni celui de la tutelle bienveillante, ni la force perlocutoire du maître. Au nom de la science, au nom de la santé publique, au nom de la santé individuelle, en son

⁴⁴ Nous l'avons étudié dans le domaine de l'interruption de grossesse pour motif médical. WEBER Jean-Christophe, « Les indications d'interruptions médicales de grossesse. Embarras pratiques », in HARDY Anne-Chantal, LE BODIC Cédric (dir.), *Prescrire-Proscrire, Enjeux de la médecine*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2012, p. 19-27.

⁴⁵ Voir par exemple GAUCHET Marcel, « Trois figures de l'individu », art.cit. L'attention au soi se signale aussi dans des livres : le souci de soi (FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité, tome III, Le souci de soi*, Paris, Gallimard, « Tel », 1984), le sentiment de soi (DAMASIO Antonio R, *Le sentiment même de soi. Corps, émotions, conscience*, Paris, Odile Jacob, 2002), la fatigue d'être soi (EHRENBERG Alain, *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998), soi-même comme un autre (RICOEUR Paul, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990), etc.

⁴⁶ Mais on peut retourner l'argument : comment ne pas se sentir subjectivement fragile quand « le gouvernement néolibéral est inséparable d'une expérience commune de la peur » ? RAFANELLI ORRA Josep, *En finir avec le capitalisme thérapeutique. Soins, politique et communauté*, Paris, Editions La Découverte, « les empêcheurs de penser en rond », 2011, p.201.

⁴⁷ MEMMI Dominique, « La biopolitique déléguée », art.cit. ; WEBER Jean-Christophe, MEMMI Dominique, RUSTERHOLTZ Thierry, ALLAMEL-RAFFIN Catherine, « Le foeticide, une administration impensable de la mort ? », *Sociétés Contemporaines*, 2009 / 3 ; 75 : 17-35.

⁴⁸ BROSSAT Alain, *Droit à la vie ?*, Paris, Seuil, 2010, p.130.

nom propre : de quelle(s) puissance(s) et légitimité(s) se prévalent l'action et les paroles du médecin quand il entreprend de traiter un malade, de soigner un individu?

1.1. Le corps, un lieu critique

Le corps est, par nature, un lieu critique. Le corps peut être pensé comme le siège d'une crise permanente, comme un espace de déploiement critique, non seulement à cause de la maladie mais aussi en tant qu'effervescence vitale, participant de la *physis*, toujours en risque d'*hubris*, de démesure. C'est très précisément pour cela qu'il y a de la médecine. La médecine est un art de limiter les conséquences dommageables de la démesure corporelle, de la crise corporelle dont la maladie est la face la plus visible⁴⁹.

L'*hubris*, c'est dans la pensée grecque et pour ce qui concerne la conduite de l'homme, le mouvement fautif de dépassement de la limite. Dans le monde biblique, l'*hubris* est associée à la tour de Babel, au péché spirituel d'orgueil, au refus de la finitude, au péché originel⁵⁰. De fait, l'*hubris* au sens élargi que nous lui donnons n'a pas qu'une connotation négative. La démesure des paroles d'Antigone est expression d'une intensité pour la vie. Pour Nietzsche la démesure du Dionysiaque est la vérité jaillie du cœur de la nature, contre la mesure d'Apollon⁵¹. Et si *hubris* renferme l'idée de l'excès, on peut faire remarquer que l'excès, c'est aussi en nous « ce qui nous dépasse et nous permet de nous dépasser »⁵². Pour Bataille, ce que la vie admet d'ordre et de réserve n'a de sens que quand les forces ordonnées et réservées se libèrent pour des choses qui n'ont pas de justification utilitaire⁵³. Supposons donc l'ouverture de l'homme à l'*hubris* non pas comme une faute, mais comme « l'élan sans mesure qui ouvre l'être humain à sa plus haute possibilité »⁵⁴, l'amenant certes à courir des risques. Encore Nietzsche : « Ce qui nous excite, c'est l'attrait de la démesure »⁵⁵.

⁴⁹ Par exemple, ces phrases de Claire MARIN, *Hors de moi*, op.cit p.9 : « la maladie exalte et excite. Tout devient plus violent. Le cœur bat trop fort. Elle nous plonge dans le vif de la vie, dans sa démesure ».

⁵⁰ DUBOIS Claude-Gilbert, « Babel, un tremplin vers l'avenir », *Le Genre humain* 2006/1 ;45-46:143-163.

⁵¹ NIETZSCHE Friedrich, *La naissance de la tragédie*, trad. M Haar, P Lacoue-Labarthe, JL Nancy, Paris, Gallimard, « Folio essais », 1977 : « La démesure se révéla comme vérité; la contradiction, la joie née de la douleur parlèrent un langage jailli du cœur de la nature. De sorte qu'en tous lieux conquis par le dionysiaque, l'apollinien fut aboli et détruit ».

⁵² SIBIREFF Anne-Marie, « L'excès, un défaut ? », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence* 2009/3 ; 77 : 13-21.

⁵³ BATAILLE Georges, « La notion de dépense », in : *La part maudite*, Minuit, 1967, p.23-45 :

« La vie humaine ne peut en aucun cas être limitée aux systèmes fermés qui lui sont assignés dans des conceptions raisonnables. L'immense travail d'abandon, d'écoulement, et d'orage qui la constitue pourrait être exprimé en disant qu'elle ne commence qu'avec le déficit de ces systèmes : du moins ce qu'elle admet d'ordre et de réserve n'a-t-il de sens qu'à partir du moment où les forces ordonnées et réservées se libèrent et se perdent pour des fins qui ne peuvent être assujetties à rien dont il soit possible de rendre des comptes. C'est seulement par une telle insubordination, même misérable, que l'espèce humaine cesse d'être isolée dans la splendeur sans condition des choses matérielles ».

L'être humain est celui qui se prodigue et se détruit sans en tenir le moindre compte : sa conduite n'a pas de justification utilitaire. Il y a un certain état orgiaque, une dépense improductive, dont l'humanité consciente ne veut pas. On pourrait dire que l'utilitarisme, la rationalité productive, sont la volonté de maîtrise de cette part maudite.

⁵⁴ CHIRPAZ François, « La violence dans la religion », in *Chemins de dialogue*, publication de l'Institut des sciences et théologies des religions de Marseille, 2002. <http://docplayer.fr/75984-La-violence-dans-la-religion.html>.

⁵⁵ NIETZSCHE Friedrich, *Par delà bien et mal...*, op.cit., § 224 : « La mesure nous est étrangère, avouons-le, ce qui nous excite, c'est l'attrait de l'infini, de la démesure ».

Comment s'intègre la question de la santé, qui va nous rapprocher de la médecine ? Nous en avons deux conceptions opposées⁵⁶ : la première est celle d'un équilibre, d'une harmonie, d'une homéostasie, « la vie dans le silence des organes » (Leriche)⁵⁷. « Le propre de la maladie c'est (alors) de venir interrompre un cours, d'être proprement critique »⁵⁸ et « la guérison est fin d'une perturbation et retour à l'ordre antérieur »⁵⁹. Donc l'idée de mesure opposée à une perturbation. Asklépios, fils d'Apollon.

La deuxième⁶⁰ conception de la santé est plus dynamique, et Canguilhem en a donné quelques formulations expressives : « C'est l'abus possible de la santé qui est au fond la valeur accordée à la santé⁶¹ ». L'idéal normal humain c'est l'adaptation possible et voulue à toutes les conditions imaginables, et non l'assignation à une condition limitée par une déficience. « L'homme normal c'est l'homme normatif, l'être capable d'instituer de nouvelles normes, même organiques »⁶². La santé est alors assurance contre le risque et « audace pour courir le risque, sentiment d'une capacité de dépassement des capacités initiales », « a priori du pouvoir de maîtriser des situations périlleuses »⁶³. Cette santé libre ne connaît pas de limitation logique. Elle est aussi en proie à l'*hubris*. « Intensité maximale de la vie et défi permanent aux limites de notre condition, l'*hubris* est comme un défi à la mort »⁶⁴. Il n'empêche que son pouvoir s'use, que c'est un état provisoire, et l'augmentation de la durée de vie ne vient que confirmer la fragilité de l'organisme et « l'irréversibilité de sa déchéance ». « L'homme est ouvert à la maladie non par une condamnation ou par une destinée, mais par sa simple présence au monde »⁶⁵.

⁵⁶ Bien sûr, il y en a d'autres encore. Ainsi, Christopher Boorse défend depuis les années 70 une définition biostatistique de la santé, fondée sur la normalité fonctionnelle : « les pathologies sont des états internes qui réduisent une capacité fonctionnelle en dessous des niveaux typiques de l'espèce. Comprise comme absence de pathologie, la santé est donc la normalité statistique du dysfonctionnement ». BOORSE Christopher, « Health as a theoretical concept », *Philosophy of Science*, 1977,44:542-573, trad. Elodie Giroux, in *Philosophie de la médecine; santé, maladie, pathologie*, textes réunis par E. Giroux et M. Lemoine, Paris, Vrin, 2012, p.61-119. Cette définition a fait l'objet de nombreuses critiques, auxquelles Boorse s'efforce de répondre. BOORSE Christopher, « A Second Rebuttal On Health », *Journal of Medicine and Philosophy* 2014;39: 683-724. Pour un exposé commenté de sa théorie, voir GIROUX Elodie, *Après Canguilhem. Définir la santé et la maladie*, Paris, Presses Universitaires de France, « Philosophies », 2010.

⁵⁷ Les types de causalité psycho-somatique reposent pour la plupart sur l'idée d'un échec, ou d'une rupture du lien harmonieux ou équilibré entre corps et psyché, relation et pulsion. Pour s'en convaincre, on peut lire CELERIER Marie-Claire, *Corps et fantômes ; pathologie du psychosomatique*, Paris, Dunod, 1991.

⁵⁸ CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, op.cit., p.87. Pour Canguilhem les maladies signalent qu'un certain nombre de choses ne vont pas de soi. Dans l'ordre du vivant : la croissance (le devenir adulte), la conservation de soi, l'adaptation au milieu. Dans le registre des activités « choisies ou imposées », les maladies sont des crises dans « l'effort entrepris pour égaler un modèle ». CANGUILHEM Georges, « Les maladies »(1989), *Ecrits sur la médecine*, Paris, Seuil, 2002, p.47.

⁵⁹ CANGUILHEM Georges, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible? », art.cit., p.74.

⁶⁰ Entre les deux peut-être, la définition fameuse de l'OMS en 1946 (« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ») qui a suscité de nombreuses critiques quant à son caractère utopique et aux exigences que ferait naître un droit à la santé indexé imaginairement sur cette définition : si la visée de la médecine est la santé, et pas seulement la lutte contre la maladie et l'infirmité, il n'y a pas de limite logique ni à la demande ni à l'offre médicale.

⁶¹ CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, op.cit., p.87.

⁶² Ibidem.

⁶³ CANGUILHEM Georges, « La santé : concept vulgaire et question philosophique », art. cit.

⁶⁴ CHIRPAZ François, « L'esprit tragique », *Études* 2009 ; 411 (12) : 651-60.

⁶⁵ CANGUILHEM Georges, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible? », art.cit. p.89.

1.2. La médecine, une atténuation de l'hubris

Or, la médecine est, depuis son origine, un art de limiter les conséquences dommageables de l'*hubris* corporelle⁶⁶. Quand la maladie était considérée comme une « possession par un être 'malin' », ou comme une « punition infligée par un pouvoir surnaturel à un déviant ou un impur », la médecine est alors celle des prêtres d'Asklépios : gouvernement religieux de la maladie⁶⁷. A partir de l'époque hippocratique⁶⁸, la maladie est un désordre corporel, l'*hubris* est dans la nature même du corps, à quoi répondra une méthode conforme à la raison⁶⁹ : ceci amènera, certes avec de nombreuses étapes marquantes, au gouvernement des maladies par la science. Parmi ces étapes il faut souligner celle de Descartes, qui rêve à une maîtrise de la nature, mais qui, reconnaissant qu'il a un corps mal disposé à cause de la conjonction mystérieuse de l'âme et du corps, déclare qu'il y a besoin d'une médecine qui soit autre chose qu'une science mécanique⁷⁰. Voilà donc la nature du corps, il est mal disposé, c'est-à-dire qu'il est en position critique, qu'il est en « par nature » en crise. La douleur, la faim, la soif, en sont pour lui des indices. Et c'est parce qu'il y a la conjonction mystérieuse de ce corps qui affecte l'âme d'une certaine douleur, parce que, écrit Descartes dans le chapitre VI du *Discours de la Méthode*, « l'esprit dépend si fort du tempérament et de la disposition des organes », qu'il y a besoin d'une médecine⁷¹. Dans une lettre à Elisabeth du 28 juin 1643, Descartes admet qu'il est difficile de concevoir « bien distinctement et en même temps, la distinction d'entre l'âme et le corps, et leur union ». C'est l'expérience quotidienne qui révèle l'union des deux substances. On apprend à la concevoir l'union en « usant de la vie et des conversations ordinaires et en s'abstenant de méditer »⁷².

Même si elle ne s'appuie pas sur une métaphysique bien déterminée, la médecine pratique est une médecine du corps mal disposé. Avec la découverte, parmi les causes de maladies, des causes extérieures, infectieuses et environnementales, c'est l'*hubris* des conditions de vie qui suscite leur surveillance et leur contrôle par l'hygiène⁷³ :

⁶⁶ Un article de Folscheid nous a servi de point de départ pour développer notre réflexion, dans des directions parfois proches, parfois contrastées. FOLSCHIED Dominique, « La médecine entre "hubris" et "phronésis" », Colloque international du RISES, Lyon, 7-11 avril 2005.

⁶⁷ CANGUILHEM Georges, « Les maladies » (1989), *Écrits sur la médecine*, Paris, Seuil, 2002, p.33-48.

⁶⁸ Ce ne sont que des repères grossiers que disputerait un historien de la médecine. Il semble en effet que la méthode empirique d'observation soit déjà présente à Crotoné au VI^e siècle avant JC. DE KONINCK Thomas, LAROCHELLE Gilbert, MINEAU André, « Archéologie de la médecine et de l'éthique », *Laval théologique et philosophique* 1999 ; 55 (2) : 227-244.

⁶⁹ Cf PLATON, *Phèdre*, trad. Luc Brisson, Paris, GF-Flammarion, 1995, 270b. L'*empeiria* (le savoir faire) ne suffit pas à la médecine, il faut l'analyse de la nature du corps, recourir à la *tekhne* (art), donc il faut une certaine connaissance, et une méthode.

⁷⁰ DESCARTES René, *Méditations métaphysiques*, op.cit., p. 191.

⁷¹ DESCARTES René, « Discours de la méthode », op.cit., p. 634. Mon corps tel que je l'éprouve n'est plus un objet du monde tout entier dans l'étendue. La médecine pratique est une médecine du *Leib*, d'un corps affecté. Le sujet de la médecine c'est le corps souffrant uni à l'âme, à laquelle il occasionne la douleur.

⁷² Ces références sont mises en exergue dans AUCANTE Vincent, *La philosophie médicale de Descartes*, préf. Jean-Luc MARION, Paris, Presses Universitaires de France, 2006.

⁷³ L'auteur du traité *Airs, eaux, lieux* de la *Collection Hippocratique* était déjà sensible aux conditions d'environnement. JOUANNA Jacques, *Hippocrate*, op.cit., p.300-309. Pour un récapitulatif historique depuis l'Antiquité jusqu'à nos jours, voir Anne Marie MOULIN, « L'adaptation, un concept opportuniste? Changements climatiques et santé publique », *Natures Sciences Sociétés* 2010/3 ; 18 :309-316.

« Salubrité et insalubrité désignent l'état des choses et du milieu en tant qu'ils affectent la santé : l'hygiène publique est le contrôle politico-scientifique de ce milieu »⁷⁴.

Rencontre de la médecine et de la politique, gouvernement collectif, introduction d'un point de vue socio-politique qui justifie pleinement le terme de gouvernement par la médecine. Ce dernier moment indique clairement une des modalités d'articulation de cet effort médical avec une gestion politique. Si elle se laisse enrôler, la médecine s'éloignera « d'une clinique de la pathologie individuelle au bénéfice d'un gouvernement sanitaire des populations et de leurs facteurs de risque »⁷⁵.

L'étymologie renforce cette idée. Benveniste consacre un chapitre de son *Vocabulaire* à la racine indo-européenne « *med- »⁷⁶. En latin, *medeor* signifie guérir, et « la valeur de *med-* apparaît bien spécialisée » : *medicus*, *medicare*, *medicina*, *remedium*, etc. indiquent un sens médical⁷⁷ ; alors que *meditor* (méditer) prend le sens de s'exercer et que le vocalisme radical -o- va donner lieu à *modus*, *modestus*, *moderor*. Par contre, en irlandais *midiur* signifie « je juge ». Dans la langue homérique, *médomai* (μεδ) signifie prendre soin et *medimnos* est la mesure, mais *mēdomai* (μηδ – degré radical long) signifie méditer, réfléchir, et *mēstor* est le conseiller. En germanique, on retrouvera l'allemand *messen* (mesurer). Benveniste s'interroge sur cette diversité : quelle est l'unité fondamentale de signification ? Est-ce penser, réfléchir, dont on dérive des valeurs techniques (peser, mesurer, juger – soigner un malade – gouverner) ? Benveniste retient la notion de mesure, « non une mesure qui soit une dimension propre des choses », mais une

« mesure imposée aux choses, une mesure dont on est maître, qui suppose réflexion et choix, qui suppose aussi décision. Bref, ce n'est pas une mesure de *mesuration*, mais de *modération*, c'est à dire une mesure appliquée à ce qui ignore la mesure, une mesure de limitation et de contrainte »⁷⁸.

En somme, une définition approximative de *med- serait « prendre avec autorité les mesures qui sont appropriées à une difficulté actuelle ; ramener à la norme – par un moyen consacré – un trouble défini »⁷⁹. *Medeor* n'est pas tant guérir que « soumettre un organisme troublé à des règles prévues ».

Mais la maladie, nous l'avons dit, n'est pas la seule manifestation possible de l'*hubris*, et ce n'est pas le seul point de jonction entre *hubris* et médecine.

Dans le *Banquet* de Platon, Eryximaque prend la parole en tant que médecin, disciple d'Asklépios (l'apollonien de la mesure), c'est-à-dire praticien d'une « science des érotiques du corps » (*epistēmē ton tou somatos erotikon*)⁸⁰. Le médecin doit s'employer à distinguer dans les phénomènes corporels, ce qui relève des influences du bon et du mauvais amour, et à

⁷⁴ FOUCAULT Michel, « La naissance de la médecine sociale » (1977), in : *Dits et écrits II. 1976-1988*, Paris, Gallimard, « Quarto », 2001, texte n° 196, p. 207-228.

⁷⁵ GORI Roland, « L'art des douces servitudes », *Adolescence* 2009/2 ; 27 : 271-95.

⁷⁶ BENVENISTE Emile, *Le vocabulaire des institutions indo-européennes* . 2. *Pouvoir, droit, religion*, Paris, Les Editions de Minuit, 1969, p.123-132.

⁷⁷ Ibid., p.124.

⁷⁸ Ibid., p.127.

⁷⁹ Ibid., p.129.

⁸⁰ PLATON, *Le Banquet*, trad. Luc Brisson, Paris, GF Flammarion, 2007 ; trad. Paul Vicaire, Paris, Les Belles Lettres, « Librio », 1992. Nous avons employé plusieurs traductions de ce texte, désormais *Banq.* Le passage cité se trouve en 186c.

limiter les dérèglements causés par l'amour vulgaire. Contre la relativité de l'excessif⁸¹, qui dépend d'un jugement variable, souvent subjectif, l'affirmation d'un savoir à cet endroit. La mesure n'est pas exactement celle du nécessaire, du besoin vital/social, car l'humanité de l'homme est dans l'au-delà du besoin. Ainsi, dans la *République*, la cité originelle est saine, couvre les besoins, mais ne convient pas à satisfaire les désirs⁸². La cité du luxe et des délices qui en découle, comme « gorgée d'humeurs », « atteinte d'inflammation », rend nécessaire des gens inutiles (pour se divertir), mais aussi des guerriers (pour aller chez chercher, dans les cités voisines, l'espace et les richesses manquantes), des gouvernants et des médecins, pour s'occuper des conséquences. On voit là déjà l'articulation d'une médecine individuelle et au service de la Cité, bien avant la biopolitique qui naît au XVIII^e siècle.

Plus proche de nous, la conférence de 1966 tenue par Lacan au Collège de Médecine évoque la jouissance du corps. Nous l'avons évoquée dans le chapitre sur la double vie du corps. « Un corps est quelque chose qui est fait pour jouir, jouir de soi-même »⁸³. Et ceci vient directement concerner la médecine parce que

« La jouissance au sens où le corps s'éprouve, est toujours de l'ordre de la tension, du forçage, de la dépense, voire de l'exploit. Il y a incontestablement jouissance au niveau où commence d'apparaître la douleur »⁸⁴.

Eh bien, la médecine est convoquée pour l'abaissement des tensions, de la limitation des dégâts de cette tension de jouissance, de cette forme d'*hubris* corporelle non détachable de sa vraie nature.

Retenons donc l'idée qu'il y a un lien entre la potentialité de dé-mesure corporelle et l'invention puis la réquisition de la médecine pour nommer les *disorders* (le terme anglais dit bien une rupture de l'ordre harmonieux) et en limiter les dégâts, pour en régler l'usage, autrement dit pour gouverner le corps, préserver sa mesure, rétablir son équilibre⁸⁵. Le savoir est nécessaire, mais la demande ne l'est pas moins. « Sans cela pour qui les hommes qui savent, sauraient-ils? Que serait une infirmière s'il n'y avait pas de malade? Et quel étrange animal serait alors le médecin! »⁸⁶ Mais on saisit aussitôt que ce gouvernement va être problématique, s'il s'agit de maîtriser le ressort vital au risque d'en briser l'élan⁸⁷.

⁸¹ Le terme est solidaire de l'idée de limite, dont le franchissement provoque un changement qualitatif (la fameuse goutte d'eau) : « de l'aisance au luxe, de l'ambition à la mégalomanie, de la dignité à la suffisance et le bon vivant devient un goinfre, un ivrogne, un débauché, bref, un intempérant » (SIBIREFF Anne-Marie, « L'excès, un défaut ? », art.cit.).

⁸² PLATON, *République*, (*Rép.*) trad. Robert Baccou, Paris, Librairie Garnier Frères, 1950, 369b-374a.

⁸³ Assoun propose quelque chose d'analogue : « L'homme émerge à l'ordre de la jouissance, dans la mesure même où, au-delà des conventions de la loi, il est ordonné à la phusis ». ASSOUN Paul-Laurent, « La rhétorique de la jouissance. Enjeux inconscients du différend Socrate/Calliclès », in : Guy SAMAMA (dir) : *Analyses et réflexions sur Platon : Gorgias*, Paris, Ellipses, 2003, p.74-83.

⁸⁴ LACAN Jacques, « La place de la psychanalyse dans la médecine », art.cit.

⁸⁵ « Cette conception de la nature suppose que l'on définisse l'intervention médicale comme la tentative de rétablir un équilibre perturbé ». GADAMER Hans-Georg, *Philosophie de la santé*, Paris, Grasset & Fasquelle et Mollat, 1998, p.47.

⁸⁶ MICHELSTAEDTER Carlo, *La persuasion et la rhétorique ; appendices critiques*, Paris, L'Eclat, 2015, p.93.

⁸⁷ Qu'exercer ce pouvoir soit une affaire délicate est perçu dès les débuts de la médecine. Le Serment hippocratique fait promettre au médecin d'agir pour le bien du malade, au meilleur de son habileté et de ses connaissances, et d'éviter tout mal et toute injustice. On trouve là déjà les principes généraux de bienfaisance, non malfaisance et justice qui encadrent ce pouvoir. HIPPOCRATE DE COS, « Le serment », in *Ceuvres complètes d'Hippocrate* vol. 4, trad. Emile Littré, Paris, JB Ballière, 1844.

1.3. L'hubris médicale

D'un autre côté, la médecine porte en elle aussi un risque de dé-mesure dès sa fondation mythique⁸⁸. Asklépios, fils d'Apollon et d'une mortelle⁸⁹, acquiert auprès du centaure Chiron la connaissance des incantations, des philtres, des drogues et de la chirurgie. Asklépios était habile dans l'art de guérir⁹⁰, mais quand il se laisse soudoyer pour ressusciter les morts, il est foudroyé par Zeus⁹¹. Le corpus hippocratique mettra en garde contre le fait de s'aventurer dans des cas qui ne relèvent pas de la *tekhnē*⁹². Avec la naissance de la science moderne, expérimentale, c'est le discours de la maîtrise victorieuse (Descartes) et de l'utopie (par exemple, chez Bacon avec la Nouvelle Atlantide), qui incarneraient la figure de l'*hubris* médicale : « reculer les bornes de l'empire humain en vue de réaliser toutes les choses possibles : prolonger la vie, guérir des maladies réputées incurables, augmenter et élever le cérébral, métamorphose d'un corps dans un autre », etc. tout est déjà présent avant que ce ne soit techniquement possible⁹³. Limiter les dégâts de l'*hubris* jouissive est compatible avec l'idée que parallèlement, la médecine doit rendre possible d'aller plus loin (sans risque) sur l'échelle de la jouissance.

La période contemporaine nous invite à passer de l'utopie, relayée par la fiction⁹⁴, au progrès effectif : quand Etienne Klein place l'identité européenne sous le signe de l'aventure prométhéenne⁹⁵, quand Alain Prochiantz dit que « si nous sommes là, nous le devons à notre génie scientifique »⁹⁶, on peut alors admettre, avec Danièle Hervieu-Léger, que « les promesses de la science engendrent les rêves les plus extrêmes, comme celui de l'immortalité »⁹⁷! Le progrès ne supprime pas l'utopie, et donne consistance au mythe. Au point que la disposition fondamentale de la thérapie et de la remédiation qui structure la médecine, c'est à dire un combat contre la maladie, trouve son point d'*hubris* dans sa logique interne⁹⁸! En effet, si la maladie est le signe que la vie est précaire et mortelle, finie, alors combattre la maladie (ce qui est le propre de la médecine) est combattre la finitude de la vie, combattre la « contrainte de s'avouer mortel »⁹⁹. La médicalisation de la vie humaine en est la

⁸⁸ Nous reprenons brièvement dans ce paragraphe un argumentaire détaillé par FOLSCHIED Dominique, « La médecine entre "hubris" et "phronésis" », art.cit.

⁸⁹ Il naît à Epidaure, qui devient « un centre hospitalo-universitaire » dont Hippocrate sortira diplômé, s'amuse Jerphagnon. JERPHAGNON Lucien, *Les dieux ne sont jamais loin*, Paris, Desclée de Brouwer, 2002, p.119.

⁹⁰ Athena lui avait donné deux fioles contenant du sang de Méduse. Avec la première, il pouvait rendre la vie aux mortels, avec l'autre, tuer instantanément.

⁹¹ Jerphagnon dit à ce sujet que l'*hubris* ne pardonne pas, même à un demi-dieu. JERPHAGNON Lucien, *Les dieux ne sont jamais loin*, op.cit., p.119.

⁹² HOFMANN Bjorn, « Medicine as *tekhnē* – a perspective from antiquity », *Journal of Medicine and Philosophy* 2003; 28(4): 403–425.

⁹³ Claire Crignon avertit que cette lecture de l'héritage de Bacon et Descartes est négligente. CRIGNON Claire, *Locke médecin. Manuscrits sur l'art médical*, op.cit., p.16.

⁹⁴ Exemple emblématique : ROMAINS Jules, *Knock ou le triomphe de la médecine* (1923), Paris, Gallimard, « Folio », 1972.

⁹⁵ KLEIN Etienne, « La science et l'avenir de la société », in : Dominique LECOURT (dir), *La science et l'avenir de l'homme*, Paris, Presses Universitaires de France, 2005, p.29.

⁹⁶ PROCHIANZ Alain, « La science et l'avenir de l'espèce humaine », *La science et l'avenir de l'homme*, op.cit., p.63.

⁹⁷ HERVIEU-LEGER Danièle, « La science et l'avenir de la planète », *La science et l'avenir de l'homme*, op.cit., p.94-95.

⁹⁸ Pellegrino parle aussi de tendance inhérente à l'*hubris* pour la médecine, qui s'exprime dans le technicisme et rend nécessaire une réflexion critique, raison d'être de la nouvelle revue inaugurée par son article. PELLEGRINO Edmund D., « Philosophy of medicine : problematic and potential », art.cit.

⁹⁹ CANGUILHEM Georges, « Les maladies », art.cit., p.48.

marque plus répandue et souvent si bien acceptée que sa continuité logique avec l'utopie passe inaperçue.

Voici donc une autre dimension problématique pour l'examen de la gouvernementalité médicale. De la même manière que nous avons souligné l'ambiguïté de l'*hubris*, élan vital et dé-mesure fautive, il faut souligner l'ambiguïté foncière qui siège au cœur de la finalité de l'acte médical entendu comme le souci du sujet singulier qui lui adresse une demande. Viser le bien du malade, tout le monde en convient à peu près, mais en fait deux perspectives du Bien s'affrontent sur un mode qui n'est pas sans rappeler le différend qui oppose Socrate et Calliclès dans le *Gorgias*. Ils sont d'accord sur le fait que l'homme tend à la vie heureuse, ce qu'il faudrait bien sûr discuter – que veut dire tendre, peut-être s'efforcer de ne jamais atteindre ? – mais enfin, admettons-en l'hypothèse. Calliclès fait l'apologie de la jouissance :

« Comment un homme serait-il heureux, s'il est asservi à quoi que ce soit? Pour mener une vie heureuse, il faut laisser prendre à ses passions tout l'accroissement possible, et ne point les réprimer; et lorsqu'elles sont ainsi parvenues à leur comble, il faut être en état de les satisfaire par son courage et son habileté, et de remplir chaque désir à mesure qu'il naît »¹⁰⁰.

Ce sont les lâches (littéralement les « sans courage ») qui font l'éloge de la *sôphrosunê* et de la justice (*Gorg.*492a). Pour Calliclès, « il y a "bien" et "juste" là où je jouis, là où ça jouit »¹⁰¹. Le comble du bonheur est pour Calliclès « le fait d'être affecté par le maximum de plaisir »¹⁰². Pour Socrate, l'homme fuit plutôt le dérèglement. Socrate plaide pour un plaisir limité et mesuré, l'être n'est pas que cette étoffe jouissante, l'homme aspire à la vérité, mieux vaut jouir du vrai que du corps. Cette dispute s'actualise dans la médecine d'aujourd'hui.

D'un côté on pourrait ranger les artifices de la procréation, les modifications esthétiques, le dopage, l'usage des psychostimulants, les traitements anti-vieillesse, voire les transferts de gènes – ce que Goffette range sous le terme d'anthropotechnie¹⁰³. Le souci qu'à chacun de son existence passe de plus en plus par l'investissement maximisé du corps en son potentiel voire son capital de jouissance : le corps devient objet de consommation, indicateur de performances, matière à projet, en somme un body building qui implique largement les promesses de l'industrie pharmaceutique et le concours de la médecine. La médecine doit-elle donner simplement des garanties de sécurité au patient pour pouvoir jouir davantage des bienfaits de la technique ? Certains y voient une extension de la médecine au-delà de son domaine traditionnel – lutter contre la souffrance, la maladie et la mort –, pour viser l'instauration d'un état sur-normal, d'une condition modifiée : plus beau, plus fort, plus intelligent. Non plus réduire des « moins », mais donner des « plus ».

De l'autre côté, en suivant le Freud du *Malaise dans la culture*¹⁰⁴ ou les analyses de Norbert Elias¹⁰⁵ (qui s'en est d'ailleurs inspiré), on pourrait lire le tribut payé à la culture. Le progrès de la culture a entraîné une perte de bonheur car la sexualité, caractérisée par la

¹⁰⁰ PLATON, *Gorgias*, (*Gorg.*) trad. Alfred Croiset, Paris, Les Belles Lettres, 2002, 491b-492a.

¹⁰¹ ASSOUN Paul-Laurent, « La rhétorique de la jouissance... », art.cit.

¹⁰² Ibidem.

¹⁰³ GOFFETTE Jérôme, *Naissance de l'anthropotechnie*, Paris, Vrin, 2007.

¹⁰⁴ FREUD Sigmund, « Le malaise dans la culture », op.cit.

¹⁰⁵ ELIAS Norbert, *La civilisation des mœurs* [1939], Paris, Calmann-Lévy, « Agora /Pocket », 1973. ELIAS Norbert, *La dynamique de l'Occident* [1939], Paris, Calmann-Lévy, « Agora /Pocket », 1975.

démensure et source d'un désordre social, se voit opposer le processus civilisateur. La culture est efficace pour restreindre les risques de douleur et de déplaisir, mais cela procure un sentiment d'aise assez tiède, en raison du lien structurel entre l'intensité du plaisir et l'effet de contraste ressenti. Du coup, apparaît presque une opposition entre le niveau de protection dont on bénéficie et le degré de satisfaction que l'on éprouve. Dans un monde climatisé, on jouit peu... Sous l'influence d'une pensée utilitariste qui entend réduire l'ensemble des activités humaines à la poursuite de la maximisation de son utilité propre, nous devenons intolérants à l'*hubris*. L'*hubris* est considérée comme un accident improbable, ou comme le destin funeste de quelques êtres monstrueux, physiquement, psychiquement, socialement ou politiquement monstrueux : le trisomique, le pervers pédophile, le rom en caravane et le réfugié sans papiers, sont les caricatures qui objectent au bien-être social. Tout ceci peut rendre compte du fait que, si la médecine « traditionnelle » combat toujours davantage la jouissance et se place du côté du plaisir mesuré et de l'apaisement des tensions, cela peut aussi être excessif, notamment quand la médecine se fait l'agent d'une politique de surveillance et de contrôle.

Récapitulons : nous avons posé les éléments d'une sorte de chiasme.

Côté corps,

– l'*hubris* est altération de la santé comme équilibre. Mais d'être ouvert à la maladie est le propre de la condition humaine.

– l'*hubris* est exaltation de la santé libre. Mais la jouissance confine à la douleur.

Côté médecine,

– son *hubris* s'inscrit dans le refus de la mort, la transformation du vivant, l'anthropotechnie. Mais il y a de la médecine pour combattre la maladie. Il y a un « monde de différence » entre maximiser la santé et minimiser la souffrance¹⁰⁶.

– son *hubris* est aussi excès du contrôle. Mais le contrôle est au service de la santé et de la vie. Il y a au cœur de la médecine, une volonté normalisante, car le rôle du médecin est depuis toujours de mettre tout en œuvre pour que la maladie, cette déviation pathologique de la norme, évolue vers un état suffisamment proche d'une normalité recouvrée que l'on nomme guérison.

Dans les termes du (prendre) soin, cela se formule ainsi : la visée de la médecine est tiraillée entre un (prendre) soin qui vise l'apaisement des tensions générées par la douleur et la maladie, et un (prendre) soin qui libère le corps (et l'âme) pour l'exploration jouissive de dépenses improductives. Selon que la santé est envisagée comme un équilibre harmonieux ou comme la possibilité de courir le risque de transgresser des normes, le (prendre) soin de la santé sera orienté diversement.

1.4. Biopolitique et pouvoir pastoral

Entre le XVII^e et la fin du XVIII^e, deux nouvelles technologies de pouvoir, superposées, tendent à remplacer sans le faire disparaître le système plus ancien de la souveraineté. Nous

¹⁰⁶ SKRABANEK Petr, *La fin de la médecine à visage humain*, Paris, Odile Jacob, 1995, p.16.

ne détaillerons pas ce que Foucault développe longuement dans ses cours au collège de France, *Il faut défendre la société, Sécurité, Territoire, Population et Naissance de la biopolitique*¹⁰⁷. Brièvement on voit apparaître d'abord un pouvoir disciplinaire centré sur le corps individuel, puis une biopolitique centrée sur la vie d'une population. La médecine, savoir-pouvoir qui porte à la fois sur le corps et sur la population, sur l'organisme et les processus biologiques, participe des deux formes de pouvoir et aura des effets disciplinaires et régularisateurs. L'élément qui s'applique de la même façon au corps et à la population, c'est la « norme ». La société de normalisation c'est une société où se croisent la norme de la discipline et la norme de la régulation.

Dans le cours *Sécurité Territoire Population*, Foucault commente la figure du gouvernement pastoral¹⁰⁸. « Le problème pastoral concerne la vie des individus », plutôt que « la relation entre l'un et la multitude dans le cadre de la cité et de ses citoyens ». De fait, Foucault insiste surtout sur sa naissance dans les cultures orientales puis son développement dans l'institution ecclésiale qui articule une adresse individuelle et une adresse collective. Le pouvoir du berger, tout entier défini par sa bienfaisance, est un pouvoir finalisé sur ceux-là même sur qui il s'exerce : il n'a de raison d'être que le bien à faire¹⁰⁹. C'est un pouvoir de soin : le berger soigne le troupeau, il veille à ce que les brebis ne souffrent pas, il va chercher les brebis égarées, il soigne celles qui sont blessées... Ce pouvoir se manifeste par son zèle, son dévouement, son application dans un devoir d'entretien, si bien que sa manifestation n'est pas celle d'une puissance. Le berger est celui qui veille : surveillance de ce qui peut se faire de mal, vigilance à propos de tout ce qui peut arriver de malheureux. C'est un pouvoir qui s'exerce sur un troupeau, mais il est individualisant : il a l'œil sur chacun¹¹⁰. On retrouve cette dimension dans la médecine. Ce qui intéresse Foucault, c'est la diffusion, assez brutale, au XVIII^e siècle, du modèle pastoral en dehors de l'institution ecclésiale, quand l'État moderne est concerné par une nouvelle organisation du pouvoir :

« On passe du souci de conduire les gens au salut dans l'autre monde à l'idée qu'il faut l'assurer ici-bas. Et, dans ce contexte, le mot "salut" prend plusieurs sens : il veut dire santé, bien-être (c'est-à-dire niveau de vie correct, ressources suffisantes), sécurité, protection contre les accidents. Cela suppose un renforcement de l'administration, par l'instauration de la police, à entendre comme l'ensemble des moyens par lesquels on peut faire croître les forces de l'État tout en favorisant la vie des citoyens »¹¹¹.

La police va s'occuper du nombre des hommes, des nécessités immédiates de la population (vivres, agriculture, commerce des denrées, circulation des marchandises) mais aussi bien entendu de la santé, condition nécessaire à ce que les hommes puissent travailler, s'activer, s'occuper. Les épidémies, les conditions sanitaires des villes, mais aussi la santé quotidienne sont des objets de préoccupation. Une part de ces missions de police est confiée à

¹⁰⁷ La pertinence historique de ses travaux est discutée (un seul exemple : RENAULT Emmanuel, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », *Multitudes* 2008/4 ; 34 : 195-205), mais cela n'importe pas pour l'usage que nous en ferons.

¹⁰⁸ FOUCAULT Michel, *Sécurité Territoire population*, op.cit.

¹⁰⁹ FOUCAULT Michel, *Sécurité Territoire population*, op.cit.

¹¹⁰ FOUCAULT Michel, *Sécurité Territoire population*, op.cit., p.129 sq.

¹¹¹ FOUCAULT Michel, *Sécurité Territoire population*, op.cit., p.321. Voir aussi FOUCAULT Michel, « 'Omnes et singulatim', vers une critique de la raison politique » (1981), in : *Dits et écrits II. 1976-1988*, Paris, Gallimard, « Quarto », 2001, texte n° 291, p.953-80.

des institutions et la médecine joue un rôle important, notamment à travers les hôpitaux. On assiste aussi à un développement des savoirs sur l'homme, autour de deux pôles, « l'un, globalisant et quantitatif, concernant la population ; l'autre, analytique, concernant l'individu »¹¹². Là aussi la médecine va jouer son rôle.

La médecine est donc partie intégrante du dispositif étatique qui emprunte au pouvoir pastoral la figure d'un gouvernement des hommes, avec ses deux pôles : population et individu. La médecine est un des maillons par lesquels se déploie un pouvoir disciplinaire qui vise le dressage un à un des corps, et une biopolitique qui vise la santé de la population en tant que collection indistincte d'individus. Les médecins forment ce corps de spécialistes éminemment susceptibles d'être à l'interface (voire d'être cette interface même) entre l'État et les lieux privés, intimes, où se font et se défont les pratiques saines ou non. Ils peuvent à la fois mettre en œuvre des politiques générales et prendre des décisions pour des cas particuliers. Mais ils font également remonter depuis les lieux privés jusque vers l'État, à travers toutes sortes de dispositifs de recueil, les informations qui servent à l'établissement des régularités normatives. La Société Royale de Médecine, « première agence d'État en matière de santé » (1778), en fournit un exemple. Son objectif est « d'établir un inventaire de la diversité organique à partir d'une collecte massive de données récoltées dans les différentes Provinces et de statistiques sur les épidémies »¹¹³. Les membres se donnent pour tâche de faire des corrélations entre les maladies et le climat. La « standardisation des pratiques de recueil des données médicales a permis de poser une objectivité administrative durable en matière de santé ».

Pour Foucault, « l'État moderne est à la fois un facteur d'individualisation et un principe totalitaire »¹¹⁴.

Et c'est ainsi, écrit Canguilhem, que

« La médecine est entraînée, par les conditions sociales et légales de son intervention au sein des collectivités, à traiter le vivant humain comme une matière à laquelle des normes anonymes, jugées supérieures aux normes individuelles spontanées, peuvent être imposées. Quoi d'étonnant si l'homme moderne appréhende confusément, à tort ou à raison, que la médecine en vienne à le déposséder, sous couleur de le servir, de son existence organique propre et de la responsabilité qu'il pense lui revenir dans les décisions qui en concernent le cours »¹¹⁵.

Les gouvernements rationalisent l'utilisation de la médecine dans la gestion des populations dont ils ont la charge. Comment mettre en œuvre les technologies nécessaires pour optimiser les qualités favorables à la communauté humaine, tout en sachant obtenir des hommes qu'ils acceptent « volontairement de se laisser guider, si bien qu'entre ses mains, le parc humain atteigne l'homéostasie optimale »¹¹⁶ ? La science médicale va fournir un certain nombre de recettes.

¹¹² FOUCAULT Michel, « Le sujet et le pouvoir », in : *Dits et écrits II. 1976-1988*, Paris, Gallimard, « Quarto », 2001, texte n°306.

¹¹³ TOURNAY Virginie, « Le concept de police médicale. D'une aspiration militante à la production d'une objectivité administrative », *Politix* 2007/1 ; 77 : 173-99.

¹¹⁴ FOUCAULT Michel, « "Omnes et singulatim",... », art.cit.

¹¹⁵ CANGUILHEM Georges, « Thérapeutique, expérimentation, responsabilité », art.cit., p.384.

¹¹⁶ SLOTERDIJK Peter, *Règles pour le parc humain*, op.cit., p.45sq.

L'analogie avec le pouvoir pastoral vaut aussi pour les points délicats. Ainsi le zèle à faire du bien doit être tempéré, sauf à ignorer qu'il puise ses ressorts inconscients dans des fantaisies infantiles dont il vaudrait mieux que le malade n'en fasse pas les frais. Mais aussi, si le pasteur est au service de ses brebis, elles lui sont soumises dans un rapport qui va de la dépendance à la servitude intégrale. Il n'est besoin que de rappeler les charges contre le paternalisme médical¹¹⁷. Le pouvoir pastoral ne peut s'exercer sans la connaissance des pensées intimes du sujet, sans explorer son âme, sans lui faire révéler ses secrets. Il peut y avoir des excès dans le souci de chacun. Sous couvert de sollicitude pastorale, et à travers l'incitation pressante à la production des vérités intérieures, le praticien instille une culpabilité, que ce soit par rapport aux usages de substances licites (vous fumez beaucoup, vous buvez de l'alcool ? combien ? et les sucreries ?) ou illicites, de comportement sexuel (car il faut par exemple remplir les déclarations obligatoires, mesures de police, en matière de Sida, ou de syphilis : mode de contamination, comment, combien ?), d'habitudes alimentaires, voire de comportement social. Canguilhem aussi mettait en garde contre la « tendance à considérer le pathologique non plus comme déviation du physiologique dans l'individu mais comme déviance dans le corps social »¹¹⁸.

1.5. Normalisation médicale

Le pouvoir pastoral est certes individualisant dans sa méthode, mais il est normalisateur dans sa visée¹¹⁹. Dans le monde industriel, la *normalisation* ne vise pas à créer des produits nouveaux, mais à choisir, parmi ceux existants, les modèles et qualités convenant le mieux aux caractéristiques retenues, parce qu'elles ont été estimées principales et normalisables. La normalisation revêt un triple aspect : définir les performances minimales qu'un produit doit fournir ; éliminer les variétés superflues ; fixer les standards permettant l'interchangeabilité des produits. Dans un deuxième sens, plus proche en apparence du champ médical, normaliser c'est ramener à la norme, à un état normal, habituel, régulier, ce qui avait cessé de l'être, ou rendre normal ce qui ne l'était pas encore¹²⁰.

Le champ des addictions est propice à entrevoir ce que peut signifier la normalisation par la médecine. On s'appuie aujourd'hui sur une conception commune à toutes les addictions : les neurosciences ont décrit des zones cérébrales et des neurotransmetteurs impliqués de manière analogue dans la cocaïnomanie, le jeu pathologique, l'addiction au sexe, au travail ou à la

¹¹⁷ Au risque d'ailleurs de jeter le bébé de la bienveillance avec l'eau du bain de l'infantilisation du malade. MAC CULLOUGH Laurence B, « Was Bioethics founded on historical and conceptual mistakes about medical paternalism? », art.cit. Cela a entraîné une auto-critique excessive, qui manque son but quand le « respect de l'autonomie » qui en prend prétendument la relève se confond avec l'indifférence.

¹¹⁸ CANGUILHEM Georges, « Puissance et limites de la rationalité en médecine », art.cit., p.403-404.

¹¹⁹ Une première version de ce paragraphe a été publiée dans WEBER Jean-Christophe, « La médecine comme outil de normalisation sociale du citoyen », art.cit.

¹²⁰ Quelques citations tirées du dictionnaire *TLFI* prouvent que cette question n'est pas nouvelle : « Toute rééducation ou réadaptation tend à normaliser l'individu, c'est-à-dire, à le ramener aux normes de son groupe de vie (Lafon 1963) » ; « Le rôle du psychiatre en matière pénale ? Non pas expert en responsabilité, mais conseiller en punition. Car, désormais, (...) Il ne faut plus simplement punir un délit. Il faut aussi cerner un individu, le comprendre et le normaliser (Réalités, juill. 1975, p.64, col.2) » ; « L'amour m'exaltait, il est vrai, mais, en dépit de ce qu'avait prédit le docteur, il n'entraîna nullement, par le mariage, une normalisation de mes désirs » (André Gide, *Et nunc manet*, 1951).

nourriture. Les psychiatres formulent des hypothèses unicistes : les addictions sont un trouble de l'image de soi qui s'origine dans des souffrances subies dans l'enfance. Le trait pathologique unique est l'incapacité à réguler ses émotions sans recourir à une action externe. Le comportement qui permet de produire du plaisir et d'échapper à l'inconfort interne est agi de manière incontrôlée et dommageable. Le DSM IV définit la dépendance comme un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance¹²¹. Difficulté de contrôle, désir impérieux, réduction ou abandon des activités sociales, professionnelles et de loisir au profit du temps passé pour obtenir la substance, utilisation persistante malgré la reconnaissance de conséquences néfastes, ainsi se spécifie une addiction. Cette définition s'accorde parfaitement avec la généralisation du concept d'addiction à d'autres conduites, généralisation qui a contribué à étendre et répandre un discours normatif et moralisateur sur les désirs, les divisant en normaux et pathologiques, c'est à dire médicalement mauvais. C'est ainsi que la médecine promeut un discours normatif sur les priorités des individus. En effet, l'individu sous addiction voit ses priorités perturbées. Au lieu de se soucier de son travail, de ses responsabilités familiales et de sa santé, il se voue entièrement à la poursuite destructive d'un plaisir, et devient le contraire du citoyen idéal, rationnel et productif. Il passe trop de temps avec des choses mauvaises, et pas assez avec les bons objets. Par exemple, des tribunaux américains considèrent que les parents fumeurs sont inaptes à la garde de leurs enfants. Dans la littérature médicale sur le sexe addictif, le discours d'allure scientifique est intimement lié à des jugements moraux (mais qui se donnent comme médicalement fondés) sur les pratiques sexuelles. Autrement dit le discours médical énonce les critères d'une sexualité normale, médicalement saine.

Le modèle de la compulsion et de la perte de contrôle est la correspondance *hubrique* de l'image d'une consommation adaptée des plaisirs, qui se prolonge dans l'image idéale du consommateur en général. L'idée véhiculée est celle d'un usage correct des objets, dans leur fonction « normale » et « socialement acceptable » : la nourriture est faite pour se nourrir, le jeu pour le loisir, les médicaments pour se soigner. Le sujet sous addiction s'adonne à de mauvais objets ou aux objets pour de mauvaises raisons et sa conscience est « troublée ».

L'imposition des normes qu'on peut appeler normalisation passe par les discours d'experts, les pratiques de la santé publique, mais aussi par la médecine ordinaire. Elle repose sur une croyance assez naïve, à savoir que les individus bien informés, bien éduqués, vont prendre la mesure et le contrôle des risques vis-à-vis de leur santé. Cette croyance se décline en mots d'ordre : « Manger, bouger ». « 5 fruits et légumes par jour ». « Fumer tue », etc.

B.2 LES APORIES DE LA NORMALISATION

Nous nous sommes limités jusqu'ici à des allusions concernant les pressions sociales qui s'exercent sur les individus par rapport au corps, et qui conduisent aussi à des consultations médicales. Certaines concernent la beauté. Les enfants considérés comme laids (à cause par exemple d'une difformité) subissent une dévalorisation esthétique mais aussi narcissique :

¹²¹ Il faut noter que le DSM 5 n'emploie plus le terme de dépendance mais celui de « troubles liés à la consommation d'une substance psychoactive ». AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-5*, op.cit.

« Ce qui est laid n'est pas aimable. Ce qui n'est pas aimable est considéré comme laid »¹²². Les femmes sont la cible d'injonctions masculines et la condition féminine contemporaine serait marquée par un défi :

« Comment vivre sereinement dans son corps féminin quand on est prise en tenailles entre la dévaluation féministe des signes extérieurs de féminité et les injonctions toujours plus nombreuses à une forme idéalisée et inatteignable de beauté féminine ? Difficilement, comme en témoigne l'apparition de nouvelles maladies psychiques relatives à l'obsession du contrôle et/ou à l'image de soi »¹²³.

Même à un âge avancé, les femmes sont « confrontées aux, et abreuvées des, discours normalisateurs et moralisateurs laissant croire que le vieillissement n'est pas inéluctable », alors qu'elle « se heurtent aux réalités de ce processus »¹²⁴. Nous n'avons pas l'ambition de traiter frontalement de ces questions, qui sont éloignées de notre pratique. Mais elles rejoignent sous bien des aspects la question plus vaste de la normalisation. Entre idéal et normalité, il n'y a en effet pas toujours la distance de l'extrême à la moyenne. Nous prendrons appui sur un autre exemple plus fréquent, celui de l'obésité, pour entrer dans les détails.

2.1. L'exemple de l'obésité

Il y a toujours eu des hommes et des femmes absolument gros¹²⁵. Sur fond de ce constat empirique, quelque chose de particulier et de nouveau a été fabriqué par la médicalisation de l'obésité¹²⁶. La médicalisation de l'obésité a pu être considérée comme un avantage, en atténuant le jugement moral porté sur les gens gros : gloutons asociaux, incapables de maîtrise, moralement grossiers¹²⁷. Avec la médicalisation, la condamnation morale fait place à la lutte au nom des risques médicaux que courent les obèses. En 1990 l'obésité entre dans la nosographie « officielle » de la classification internationale et devient une véritable maladie¹²⁸. Les principales étapes de ce processus ont été décrites amplement ailleurs¹²⁹. L'examen des représentations de l'obésité dans les discours publics en France fait apparaître quelques évolutions marquantes : en 2005, un rapport « sur la prévention et la prise en charge de l'obésité » est remis au Sénat pour le compte de l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé¹³⁰. Il s'appuie sur une expertise de l'INSERM. Ce rapport évoque une

¹²² KORFF-SAUSSE Simone, « Ils ne sont pas beaux... Le devenir psychique de la laideur », *Champ psy* 2002/2 ; 26 : 81-104.

¹²³ FROIDEVAUX-METTERIE Camille, « La beauté féminine, un projet de coïncidence à soi », *Le Philosophoire* 2012/2 ; 38 : 119-30.

¹²⁴ MACIA Enguerran, CHEVE Dominique, « Vieillir en beauté ? ... », art.cit.

¹²⁵ HACKING Ian, *Entre science et réalité : la construction sociale de quoi ?*, op.cit.

¹²⁶ Ce processus consiste à requalifier des problèmes non-médicaux en termes de maladie ou de dysfonctionnement, pour les traiter en tant que problèmes médicaux. CONRAD Peter, « Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology* 1992;18: 209-32.

¹²⁷ CONRAD Peter, SCHNEIDER Joseph W, *Deviance and medicalization, from badness to sickness*, Philadelphie, Temple University Press, 1992 ; POULAIN Jean-Pierre, *Sociologies de l'alimentation*, Paris, Presses Universitaires de France, 2002.

¹²⁸ HACKING Ian, *Entre science et réalité : la construction sociale de quoi ?*, op.cit.

¹²⁹ EXPERTISE COLLECTIVE INSERM, *Obésité: Dépistage et prévention chez l'enfant*, Les Editions INSERM, 2000. <http://ist.inserm.fr/basisrapports/obesite.html> ; POULAIN Jean-Pierre, *Sociologies de l'alimentation*, op.cit. ; HACKING Ian, *Entre science et réalité : la construction sociale de quoi ?*, op.cit.

¹³⁰ DERIOT Gérard, *La prévention et la prise en charge de l'obésité*, Rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, déposé le 5 octobre 2005, <http://www.senat.fr/noticerap/2005/r05-008-notice.html>.

fréquence de l'obésité en hausse de 8 à 11% chez les adultes en 5 ans, mais ne parle pas d'épidémie. Les déterminants identifiés sont énumérés : le niveau socio-économique ; le déséquilibre entre dépense énergétique et apport alimentaire ; l'offre alimentaire (baisse du coût de la calorie, coût des fruits et légumes, aliments préparés) ; le mode de vie sédentaire et l'usage de la voiture. Le rapport insiste sur les conséquences de santé, et recommande que le Plan National Nutrition Santé (PNNS) devienne une « cause nationale ».

Trois ans plus tard, la tonalité a changé. Le rapport présenté au Parlement par la députée Boyer en 2008 a été préparé par une mission sur la prévention de l'obésité¹³¹. Il décline 83 propositions précédées d'un diagnostic. Les expressions utilisées pour les légitimer attirent l'attention bien au-delà des seuls professionnels concernés : il s'agit en effet d'« enrayer un phénomène alarmant », non pas tant en raison des conséquences individuelle pour la santé, mais parce que « l'épidémie d'obésité met en danger notre système de protection sociale ». Le raisonnement qui conduit à une telle mise en garde prend un point de départ épidémiologique : l'augmentation de la prévalence de l'obésité en France est jugée « alarmante », avec près d'1 adulte sur 2 en surcharge pondérale, et 1 adulte sur 6 obèse. La deuxième étape est une corrélation avec des maladies chroniques : les personnes obèses et en surpoids représentent 78 % des diabétiques traités, 75 % des hypertendus et 72 % des personnes ayant une dyslipidémie. Donc, si les gros sont plus nombreux, il y aura une augmentation des bénéficiaires de l'exonération du ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD). Il en résulte que « l'obésité est un enjeu de santé publique croissant qui menace notre système de protection sociale »¹³². Le professeur Degos, alors responsable de la Haute Autorité de Santé, a déclaré devant la mission que « seuls les pays qui auront su maîtriser l'épidémie d'obésité pourront préserver leur système de protection sociale »¹³³. Parole d'expert, de nature à frapper les esprits, et dont les sombres prédictions sont reprises au compte des rapporteurs. Faut-il insister sur les raccourcis logiques de la conclusion ? Le rapport rappelle en outre que si « le programme national nutrition santé (PNNS) a permis d'enclencher une dynamique positive », toutefois « les moyens ne sont pas à la hauteur de l'enjeu ». Malgré les alertes lancées par l'OMS en 2000, leur relais par l'Union Européenne et l'amorce d'une prise de conscience du « défi de l'obésité », les « objectifs fixés n'ont pas été atteints »¹³⁴. Il est préconisé de faire de la lutte contre l'épidémie d'obésité une « grande cause nationale » mobilisant l'ensemble des français¹³⁵. Parmi les 83 propositions regroupées selon 8 axes, certaines sont destinées directement aux médecins : instaurer une *obligation* de

¹³¹ BOYER Valérie, *Rapport d'information déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en conclusion des travaux de la mission sur la prévention de l'obésité*, <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i1131.pdf>.

¹³² Le coût annuel pour l'assurance maladie serait de 10 milliards d'euros et 7% de l'ONDAM, et ce coût menace de doubler d'ici 2020.

¹³³ BOYER Valérie, *Rapport d'information...*, op.cit.

¹³⁴ En fait les deux premiers plans PNNS (2001-2005 puis 2006-2010) n'ont pas obtenu de résultats du tout sur la prévalence de l'obésité. Leurs objectifs étaient probablement trop présomptueux (réduction de 20% de l'obésité dans la population adulte). Un changement de stratégie apparaît donc nécessaire.

¹³⁵ Les députés de gauche qui ont participé aux travaux de la mission parlementaire dénoncent, dans une contribution annexée au rapport, que les propositions qu'il contient ne sont pas à « la hauteur de l'ampleur du fléau que représente l'obésité ». Ils réclament des actions fortes pour « enrayer la vague montante de l'épidémie et répondre aux besoins des victimes » et proposent la constitution d'un « Haut comité de lutte contre l'obésité ». On voit qu'ils ne sont pas en reste pour ce qui est du discours alarmiste.

mesurer, lors de chaque visite médicale, les poids, taille et indice de masse corporelle (IMC) des enfants et des jeunes, et d'enregistrer ces données sur le carnet de santé ; recommander de mesurer les poids, taille, tour de taille et IMC des adultes en surcharge pondérale lors des visites médicales chez le médecin traitant, lors des visites médicales du travail, et d'enregistrer (i.e. informatiser) ces données dans le dossier de santé ; instaurer une obligation de partage d'information des données relatives au poids, à la taille et à l'IMC, entre la PMI, l'école, la médecine de ville et l'hôpital ; prendre en compte, dans la tarification à l'activité à l'hôpital, le surcoût que représente la prise en charge des personnes présentant une obésité morbide ; réfléchir à la modulation de la prise en charge par les mutuelles et les assurances complémentaires en fonction du respect et du sérieux du suivi du parcours de soin ; faire de la lutte contre l'obésité une priorité de la formation médicale continue des médecins. La troisième étape est le vote de la loi « HPST » en 2009¹³⁶. S'agissant de l'obésité, elle ne fait réellement que rappeler le cadre du PNNS quinquennal¹³⁷, et comporte quatre autres articles très généraux¹³⁸, suivis en 2013 de cinq autres articles concernant l'Outre-Mer et une disposition sur les distributeurs alimentaires dans les établissements publics¹³⁹. Ce qui est remarquable est le positionnement de ces articles, qui sont insérés dans la partie législative du Code de la Santé Publique (CSP). Sa troisième partie, « Lutte contre les maladies et dépendances », contenait auparavant sept livres. Au lieu d'ajouter un livre VIII, la loi HPST crée un livre II bis. Cette insertion place la lutte contre l'obésité entre la lutte contre les maladies mentales (livre II) et la lutte contre l'alcoolisme (livre III). Un autre point mérite d'être souligné : l'intitulé de ce livre II bis est « Lutte contre les troubles du comportement alimentaire », et il contient un titre unique : « Nutrition et santé »¹⁴⁰. Cette insertion juridique

¹³⁶ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184). Modifié par la loi n°2010-874 du 27 juillet 2010.

¹³⁷ Article L3231-1 du CSP: Un programme national relatif à la nutrition et à la santé est élaboré tous les cinq ans par le Gouvernement. Ce programme définit les objectifs de la politique nutritionnelle du Gouvernement et prévoit les actions à mettre en œuvre afin de favoriser :

- l'éducation, l'information et l'orientation de la population, notamment par le biais de recommandations en matière nutritionnelle, y compris portant sur l'activité physique ;
- la création d'un environnement favorable au respect des recommandations nutritionnelles ;
- la prévention, le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels dans le système de santé ;
- la mise en place d'un système de surveillance de l'état nutritionnel de la population et de ses déterminants ;
- le développement de la formation et de la recherche en nutrition humaine.

Cet article a été modifié par la [LOI n° 2014-1170 du 13 octobre 2014 - art. 39](#) qui a ajouté ceci : « Les actions arrêtées dans le domaine de l'alimentation sont également inscrites dans le programme national pour l'alimentation défini au III de l'article L. 1 du code rural et de la pêche maritime ».

¹³⁸ Art. L. 3232-1. – La prévention de l'obésité et du surpoids est une priorité de la politique de santé publique.

Art. L. 3232-2. – L'État organise et coordonne la prévention, le traitement et la lutte contre l'obésité et le surpoids.

Art. L. 3232-3 (modifié en 2016). – Les campagnes d'information menées dans le cadre de la prévention de

l'obésité et du surpoids sont validées par l'Agence nationale de santé publique. Art. L. 3232-4. – Ces campagnes doivent également porter sur l'acceptation des personnes obèses ou en surpoids et la lutte contre les discriminations qui leur sont faites.

¹³⁹ Art. L. 3232-9 : La mise à disposition, en accès libre, sous forme d'offre à volonté gratuite ou pour un prix forfaitaire, de boissons avec ajout de sucres ou d'édulcorants de synthèse est interdite dans tous les lieux de restauration ouverts au public, les établissements scolaires et les établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs. Un arrêté des ministres chargés de la santé, de l'agriculture et de la consommation fixe la liste des catégories de boissons mentionnées au premier alinéa.

¹⁴⁰ C'est le titre modifié par la loi de 2010. Le titre originel était « prévention de l'obésité et du surpoids ». Il s'agit toujours, en 2018, de la même insertion et des mêmes intitulés.

vaut donc comme représentation officielle de l'obésité : c'est un trouble du comportement alimentaire¹⁴¹.

Le terme d'épidémie n'était pas nouveau. Mais son caractère menaçant pour l'ensemble du système de santé, et son inscription comme trouble du comportement alimentaire, à mi-chemin entre maladies mentales et alcoolisme, sont des représentations jusque-là inédites dans le discours politique.

La rhétorique alarmiste peut surprendre. Pourquoi user de la métaphore de l'épidémie, qui renvoie à une contagion interhumaine, à la nécessité de se protéger du voisin, d'isoler les malades, de les mettre en quarantaine ? Il ne s'agit peut-être pas tant de frapper l'opinion publique que de persuader les décideurs politiques. « Epidémie », « fléau », l'obésité répand son ombre morbide sur le monde civilisé, et menace notre système de protection sociale. Phénomène sans précédent, l'épidémie d'obésité réclame une mobilisation collective sans faille. L'exemple vient des Etats-Unis, épice putatif de l'épidémie¹⁴² : outre Atlantique, la même dramatisation du discours anti-obésité a eu lieu, et si une épidémie est bien avérée, c'est celle des discours. Ainsi, les Centers for Disease Control ont organisé en 2008 une conférence « stratégique » destinée à refonder une « riposte » législative et réglementaire pour la prévention et le contrôle de l'obésité¹⁴³. Les métaphores guerrières¹⁴⁴ sont justifiées car « l'épidémie attaque directement la santé de nos enfants et épuise les richesses de la nation »¹⁴⁵. C'est un « énorme fardeau » qui nécessite un nouvel élan dans l'engagement de tous. Tous les secteurs de la société sont concernés, tous les niveaux d'action juridique doivent être mobilisés. La qualification de l'obésité comme maladie permet d'envisager des options directives et des mesures coercitives anti-libérales¹⁴⁶ : la liberté du consommateur et les lois du marché doivent céder leur primauté traditionnelle.

Revenons à la France. La première réponse législative, destinée à relever le « défi d'une épidémie », revient à ajouter une nouvelle dimension dans les représentations de l'obésité : un trouble du comportement alimentaire. L'expression *semble* entrer en résonance avec les dénominations (troubles) en usage dans le manuel diagnostique des troubles mentaux (DSM). Toutefois la version IV-TR ne désignait comme troubles du comportement alimentaire que l'anorexie, la boulimie, et une catégorie de troubles non spécifiés. A l'occasion de la préparation de la version actuelle (DSM-5), des experts psychiatres ont pris position pour faire une place à l'obésité dans les troubles mentaux, en soulignant notamment

¹⁴¹ C'est d'ailleurs le seul qui soit mentionné sous ce label dans le CSP.

¹⁴² KATZ David L, « Competing dietary claims for weight loss : finding the forest through truculent trees », *Annual review of public health* 2005; 26: 61-88.

¹⁴³ NATIONAL SUMMIT ON LEGAL PREPAREDNESS FOR OBESITY PREVENTION AND CONTROL, *The journal of Law, Medicine and Ethics* 2009;37 (special issue 1):5 -151.

¹⁴⁴ Outre stratégie et riposte, on trouve aussi le terme « preparedness », qui signifie l'état de préparation, d'alerte, dans un contexte de guerre : c'est le fait de posséder des forces armées adéquates, des ressources suffisantes pour parer à une attaque ennemie.

¹⁴⁵ MENSAH G., « Legal Preparedness for Obesity Prevention and Control. Foreword », *Journal of Law, Medicine and Ethics* 2009; S1:7-8.

¹⁴⁶ KOUZOUKAS Demetrios L, « Legal preparedness for obesity prevention and control : the structural framework and the role of government », *Journal of Law, Medicine and Ethics* 2009; S1: 24-27.

les analogies qu'on peut dresser avec les addictions¹⁴⁷. Mais d'autres, dont le « Eating Disorders Work Group » s'y sont opposés¹⁴⁸, et l'obésité *ne figure pas* dans le DSM5 comme entité autonome¹⁴⁹. Par ailleurs, dans la Classification Internationale des maladies (CIM 10), l'obésité est une *maladie endocrinienne*. Le législateur français a donc pris position dans un débat controversé : cela s'apparente à un coup de force qui méritait d'être souligné.

De plus, les discours d'experts et les pratiques de la santé publique ont intégré – et contribuent à diffuser – la croyance que les individus bien informés, bien éduqués, pouvaient prendre la mesure et le contrôle des risques vis-à-vis de leur santé. Un malade actuel ou potentiel, dès lors qu'il dispose des connaissances nécessaires, adhérera aux comportements sains. Il en découle des technologies de prévention par diffusion de messages d'information, mais aussi l'idée que l'obèse ne peut qu'être affecté d'un trouble du comportement, puisqu'il s'avère incapable d'auto-contrôle et d'adoption des comportements sains. Il rejoint alors la longue cohorte de tous ceux qui sont fautifs par rapport aux soins que l'on doit à sa santé. Toutes les conduites qui s'en écartent tendent à être considérées comme pathologiques : on y diagnostique une dépression, un déni, une addiction, un défaut d'intelligence, un illettrisme ou des conflits familiaux. Les résistances à l'autosurveillance de son embonpoint et à l'autocontrôle de son alimentation relèveront alors de stratégies comportementales. L'obésité (et l'obèse qui l'incarne) est tour à tour fléau et victime.

Faire de l'obésité une menace sociale accentue la stigmatisation des personnes en surpoids, et contribue à faire grandir le soupçon croissant qui pèse sur l'alimentation. Le Collectif GROS (Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids) tente d'attirer l'attention sur les erreurs de cibles et de moyens qui sont ainsi commises, et qui ne font qu'aggraver le mal que l'on entend prévenir ou combattre¹⁵⁰. La santé étant investie d'une connotation de Bien moral, le risque pris contre la santé (re)devient aussi un mal moral. Si la médicalisation a pu être naguère une dé-moralisation (et donc un progrès par rapport à la condamnation morale), elle accompagne aujourd'hui une re-moralisation des comportements, avec tout le poids de légitimité scientifique qui en leste l'autorité. Certes on lutte contre l'obésité et non contre les obèses, mais ce sont des individus qui incarnent l'ennemi menaçant. On peut donc redouter légitimement une stigmatisation accrue, qui ne fait qu'aggraver l'anxiété du mangeur et ses restrictions cognitives¹⁵¹. A l'échelle individuelle, les discours nouveaux (menace sur le système de santé // trouble du comportement alimentaire) vont favoriser le rejet social, la dévalorisation et la perte d'estime de soi, la peur du médecin¹⁵².

Nous ne nous attarderons pas sur d'autres domaines qui mériteraient pourtant d'être analysés en profondeur. Ainsi, l'insistance sur le comportement individuel tend à minorer

¹⁴⁷ VOLKOW N.D., O'BRIEN C.P., « Issues for DSM-V: Should obesity be included as a brain disorder? », *American Journal of Psychiatry* 2007; 164 (5):709-710.

¹⁴⁸ MARCUS Marsha D, WILDES Jennifer E, « Obesity in DSM-5 », *Psychiatric Annals* 2012;42:11.

¹⁴⁹ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-5*, op.cit.

¹⁵⁰ Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids : <http://www.gros.org/accueil/index.php>.

¹⁵¹ APFELDORFER Gérard, ZERMATI Jean-Philippe, « La restriction cognitive face à l'obésité, histoire des idées, description clinique », *La Presse Médicale* 2001 ; 30(32) : 1575-80.

¹⁵² D'une manière très générale, « Tout mot d'ordre d'adaptation peut amener à stigmatiser ceux qui ne s'adapteront pas ». MOULIN Anne Marie, « L'adaptation, un concept opportuniste ? Changements climatiques et santé publique », art.cit., p.316.

l'approche du phénomène par ses déterminants économiques et sociaux¹⁵³. Or, du point de vue statistique, c'est surtout dans les classes inférieures qu'on trouve les gros¹⁵⁴. D'autre part, on pourrait s'intéresser aux enjeux financiers (industrie agro-alimentaire, industrie pharmaceutique) de cette « épidémie », ainsi qu'aux questions géopolitiques concernant l'alimentation dans le monde.

Les médecins répugnent à considérer les maladies comme des constructions sociales, alors qu'il ne s'agit pas de nier les données empiriques (par exemple, celles du poids), mais de mettre l'accent sur ce qu'il advient des gens qui se trouvent catégorisés¹⁵⁵. La médecine se voudrait neutre, mais son discours est un discours de la norme qui a une portée morale. La « mise en discours » de l'obésité par la médecine et la politique favorise une reconfiguration des représentations : c'est une maladie qui affecte un individu dont la discipline corporelle est inadéquate ; son extension menace à court terme la santé de l'ensemble de la collectivité à travers son retentissement sur le financement du système de santé. Les travaux de Foucault sur les techniques de gouvernement permettent d'analyser cette intrication subtile entre la politique et la médecine, foyer de savoir-pouvoir¹⁵⁶. D'une manière analogue à ce qu'il observe pour la sexualité, la constitution d'une science de la nutrition accompagne des mécanismes de discipline des corps et de régulation des populations. Les aspects, les corrélations, les effets de l'obésité doivent être étudiés jusque dans leurs rameaux les plus fins. L'obésité relève de la puissance publique, elle appelle des procédures de gestion, elle devient une affaire de police, c'est-à-dire une cible d'interventions qui passent par toutes sortes de dispositifs institutionnels, de contrôles sociaux, de stratégies discursives. La médecine est dans ce domaine comme dans d'autres, l'interface entre l'Etat et les gens, le relais de la biopolitique. A partir d'estimations statistiques, de mesures globales, il faut mettre en place des organismes de coordination des soins médicaux, une centralisation de l'information, en vue d'optimiser l'état nutritionnel et pondéral de la population. Les mesures de santé publique révèlent la nature éminemment biopolitique des politiques publiques contemporaines¹⁵⁷. A côté de ces actions sur des états globaux que l'on régule, la police des corps continue son ouvrage qui prend « l'individu au niveau du détail »¹⁵⁸. La normalisation des gens est concrète. Ian Hacking estime que la normalisation des catégories pousse à celle des individus : quand il y a des normes (pour le poids, on dispose de l'indice de masse corporelle), on essaie de rendre normaux les anormaux. Le façonnement des catégories (ici la

¹⁵³ FINKELSTEIN E.A., RUHM C.J., KOSA K.M., « Economic causes and consequences of obesity », *Annual Review of Public Health* 2005; 26: 239-57.

¹⁵⁴ BELLIN-LESTIENNE Constance, DESCHAMPS Valérie, NOUKPOAPE Amivi, et al. « Marqueurs de l'état nutritionnel des personnes recourant à l'aide alimentaire, étude Abena, 2004-2005 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 2006 ; 11-12 : 5-7. Dans la surmortalité des obèses quelle est la part qui revient à l'obésité elle-même et celle qui est imputable au manque de soins ? Corrélativement, dans la lutte contre l'obésité, quels sont les moyens destinés à corriger les inégalités sociales d'alimentation ?

¹⁵⁵ HACKING Ian, *Entre science et réalité : la construction sociale de quoi ?*, op.cit.

¹⁵⁶ Foucault M., *Histoire de la sexualité, tome I, La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976.

FOUCAULT Michel, *Il faut défendre la société...*, op.cit.

Foucault M., *Sécurité, Territoire, Population, Cours au Collège de France 1977-1978*, Paris, Gallimard/Seuil, 2004.

¹⁵⁷ AGAMBEN Giorgio, GRELET Stany, POTTE-BONNEVILLE Mathieu, « Une biopolitique mineure - entretien avec Giorgio Agamben », *Vacarme* 2000, n°10. <http://www.vacarme.org/article255.html>.

¹⁵⁸ « L'élément qui s'applique de la même façon au corps et à la population, c'est la norme. La société de normalisation c'est une société où se croisent la norme de la discipline et la norme de la régulation ». FOUCAULT Michel, *Il faut défendre la société...*, op.cit., p.225.

personne en surpoids, ou obèse), va de pair avec le façonnement des individus qui les composent¹⁵⁹.

Comment tout cela prend-il forme dans la consultation médicale ? Face à l'excès pondéral, les médecins sont dans une situation inconfortable. Les répercussions physiques, psychologiques et sociales de l'obésité, le fait qu'elle constitue un facteur de risque pour certaines maladies cardiovasculaires, conduisent les médecins à préconiser l'amaigrissement de leurs patients en surpoids ou obèses. Nous avons vu qu'ils y sont fortement incités par les politiques publiques. L'Etat recommande aux médecins de faire maigrir les gros, mais en réalité ils ne savent pas comment faire. On ne dispose pas à ce jour de traitement de l'obésité efficace et sans danger, permettant de maintenir un poids satisfaisant dans la durée. A travers et au-delà des modes¹⁶⁰ et des concepts successifs, les résultats à long terme des thérapeutiques de l'obésité restent décevants¹⁶¹. Naguère un éditorial du fameux *New England Journal of Medicine* indiquait ceci :

« Tant que nous n'aurons pas de meilleures données sur les risques de l'excès de poids et les avantages et inconvénients de tenter de perdre du poids, nous devons nous souvenir que le traitement de l'obésité peut être pire que la maladie »¹⁶².

A cet échec s'ajoute le fait que des personnes en surpoids modéré – ou même de poids normal – pour lesquelles l'augmentation du risque de morbidité n'est pas démontrée, influencées par une esthétique du corps mince et une certaine diabolisation de l'embonpoint, demandent elles aussi instamment qu'on les aide à maigrir¹⁶³. On demande au médecin d'être normalisé même quand il n'y a pas de risque avéré pour la santé. Fischler dénonce une situation de cacophonie alimentaire : à la prolifération des publicités et suggestions diverses, s'ajoutent les avertissements médicaux¹⁶⁴. Le mangeur inquiet, soumis à de multiples « il faut » contradictoires, en appelle au médecin qui n'y peut mais.

Le résultat ne manque pas de sel. Dans une période où est valorisée l'autonomie, ce sont des demandes pressantes d'assujettissement à la norme corporelle qui sont adressées à la médecine. Alors que la médecine participe largement à la stigmatisation des obèses, on lui demande une aide qu'elle est le plus souvent incapable de fournir. C'est alors la chirurgie bariatrique qui prend le relais. Mais ceci est une autre histoire.

Nous l'avons vu, la normalisation sociale par la médecine n'est pas une déviation localisée, mais un excès greffé sur sa mission de correction de l'*hubris* corporelle que réalise la maladie.

¹⁵⁹ HACKING Ian, « Façonner les gens », Cours au Collège de France 2004-2005, http://www.college-de-france.fr/media/historique/UPL33228_3_ih_2005_2.pdf : « Façonner c'est travailler une matière- la glaise, le marbre, la terre, des vêtements- pour lui donner une forme particulière. Façonner quelqu'un c'est le former par l'habitude ou par l'éducation, l'accoutumer à quelque chose, lui inculquer des manières ou des qualités, inciter à un certain comportement. Appliquer une catégorisation aux individus peut les affecter de façon directe, et même les changer »

¹⁶⁰ La prévalence des restrictions caloriques volontaires (régimes) est beaucoup plus vaste que l'obésité. Elle concernait plus de la moitié des femmes en France il y a 20 ans. BASDEVANT Arnaud, « Sémiologie et clinique de la restriction alimentaire », *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 1998 ; 33(4) : 235-41.

¹⁶¹ APFELDORFER G, *Maigrir, c'est fou*, Paris, Odile Jacob, 2000 ; KATZ David L, « Competing dietary claims for weight loss... », art.cit.

¹⁶² KASSIRER J.-P., ANGELL M, « Losing weight – An ill-fated new year's resolution », *The New England Journal of Medicine* 1998; 338:52-4.

¹⁶³ VINETTE Sophie, « Image corporelle et minceur : à la poursuite d'un idéal élusif », *Reflets* 2001 ; 7(1) : 129-51.

¹⁶⁴ FISCHLER Claude, *L'omnivore*, Paris, Odile Jacob, 1990.

Cette tendance propre trouve facilement à s'épanouir dès lors que la médecine entre dans le dispositif plus large de gouvernement des corps et des populations.

2.2. Une technologie douce et réclamée

La normalisation par la médecine ne s'impose pas uniquement de manière autoritaire. Elle est puissamment intériorisée, ce qui en augmente la force. La rationalité médicale et celle de l'utilisateur autonome maître de lui-même et heureux d'avoir intériorisé des comportements sains se rejoignent pour rêver le « partenariat » de la décision partagée, présenté comme le modèle le plus abouti d'une bonne relation médecin-malade. La médecine, de plus en plus sollicitée pour son expertise¹⁶⁵, participe insidieusement et inexorablement à la transformation des citoyens en consommateurs pour qui le bien-être est devenu une obligation normative. Un indice de cette évolution nous a été donné naguère par le combat acharné contre la psychanalyse¹⁶⁶. Ce qui la distingue des thérapies comportementales porte précisément sur ce dont il est question : pour le psychanalyste, il est nécessaire de laisser de côté la théorie, le savoir sur la norme, pour faire place à la singularité et l'inouï du discours du sujet¹⁶⁷. Les thérapies comportementales quant à elles visent un but pré défini et mesurable : le bien-être de l'individu qui s'évalue à l'aune de sa bonne adaptation sociale. Désirable et désirée, l'individualité bio-normée est le fruit de la normalisation par la médecine. On doit évidemment nuancer :

« Au vu de la relative inefficacité des politiques de santé publique, on peut conclure que les institutions de santé publique doivent sans doute être considérées comme les éléments d'une "bio-légitimité" plus que comme des techniques de contrôle et de normalisation sociales »¹⁶⁸.

Mais la tendance est puissamment installée, et l'ère numérique est en train de produire une accélération au processus. Subtilement est distillée l'idée que nous avons besoin de cette tutelle. La science, parfaitement informée des exigences politiques, ne cesse de produire des catégories, non plus de maladies, mais de troubles, de désordres (*disorders*). Il suffit de voir par exemple la multiplication des catégories de troubles du comportement : les manuels diagnostiques des affections mentales nous mettent sous le nez le constat que nous sommes tous, potentiellement et à des degrés divers, sujets au trouble quelconque, et que donc le trouble est la norme, ne serait-ce qu'au niveau statistique. N'en est-il pas de même en ce qui concerne les facteurs de risque vis-à-vis des maladies cardio-vasculaires, du cancer, et demain de la maladie d'Alzheimer¹⁶⁹?

¹⁶⁵ Alors que chaque médecin, individuellement, voit son expertise d'expérience dévalorisée par l'intelligence artificielle. OGIEN Ruwen, *Mes mille et une nuits...*, op.cit., p.34.

¹⁶⁶ Samuel Lézé répertorie un certain nombre de ces critiques en analysant le *Freud bashing* dans un ouvrage récent. LEZE Samuel, *Freud Wars. Un siècle de scandales*, Paris, Presses Universitaires de France, 2017.

¹⁶⁷ Certains adversaires de la psychanalyse diront au contraire qu'elle est solidaire du discours normatif. Voir par exemple RAFANELLI ORRA Josep, *En finir avec le capitalisme thérapeutique...*, op.cit.

¹⁶⁸ RENAULT Emmanuel, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », art.cit.

¹⁶⁹ Leibing et Kampf montrent comment la « logique cardio-vasculaire », axée sur la prévention des facteurs de risque, malgré son réductionnisme, a tendance à se répandre, depuis le cancer de la prostate jusqu'à la maladie d'Alzheimer. LEIBING Annette, KAMPF Antje, « Neither body nor brain : comparing preventive attitudes to prostate cancer and Alzheimer's disease », *Body and Society* 2013; 19(4):62-9.

La critique est presque trop facile. A la fin de ce fameux XVIII^e siècle qui a vu l'extension du modèle pastoral au fonctionnement de l'État, Kant énonce la thèse des Lumières dans le texte « Was ist Aufklärung ? »¹⁷⁰. L'homme dispose d'une raison qui lui permet de découvrir par lui-même des vérités. Les Lumières, c'est la sortie de l'homme hors de l'état de tutelle dont il est lui-même responsable. Ce processus de sortie de la minorité évoque l'émancipation du troupeau, voire aujourd'hui l'autonomie du malade dont on fait grand cas. Or Kant dit qu'il est très dangereux et très pénible de sortir de l'état de minorité (*Unmündigkeit*¹⁷¹) parce qu'« il est si commode, si agréable, d'être sous tutelle ». Il propose d'ailleurs pour illustrer cette affirmation le comportement du médecin qui juge à ma place de mon régime alimentaire et me dispense de faire des efforts. Si c'est difficile, c'est en raison de ce à quoi s'emploient les tuteurs (*Vormünder* : ceux qui parlent à la place¹⁷²) : dans leur extrême bienveillance ils surveillent les hommes. Ces derniers renâclent parfois :

« Que faire lorsque certaines créatures, mal adaptées aux évolutions de la société, souffrent, refusent de s'intégrer et causent de multiples troubles sociaux par leur abstention même du processus social global ? (...) Ils refusent de se laisser guider par le berger (devenu collègue d'experts en santé publique) habité de tyranniques soucis autant hygiénistes que moraux »¹⁷³.

Ils détournent pour leur jouissance les objets que la science crée à leur intention (par exemple, la ritaline dont font usage les étudiants des universités américaines pour améliorer leurs performances aux examens¹⁷⁴). S'il n'a jamais été bon de s'abandonner au vice, il n'est plus pensable – à l'heure où la protection de l'homme par l'homme nourrit l'ambition de gérer les corps – de laisser les individus se faire du mal pour jouir d'eux-mêmes ou de certaines substances illicites. Avec les médicaments de substitution aux opiacés, les antidépresseurs, la ritaline, contenons le mal (toxicomanie, dépression, agitation) pour intégrer, éduquer, socialiser, réinsérer les individus, un par un, afin qu'ils n'empêchent pas le bon fonctionnement du troupeau. Là encore, la critique du pouvoir biopolitique est facile. Car bien des individus réclament d'être intégrés, ou réintégrés, quitte à être transformés par la chimie du *pharmakon*. A la souffrance initiale (parfois jouissance recherchée) s'ajoute ou se substitue celle d'être à l'écart. Jouir de soi n'est jamais une sinécure, exceptionnellement un projet libertaire consenti.

Plus largement, la demande légitime d'être soigné avec les moyens techniques modernes dont dispose la médecine est grosse d'une autre demande, de n'avoir pas à connaître le risque de la maladie. « Des siècles durant, l'activité du médecin avait été la réponse à la prière de l'homme frappé par le mal. Elle est devenue une exigence de l'homme qui refuse le mal ». Or

¹⁷⁰ KANT Emmanuel, « Réponse à la question : qu'est-ce que les Lumières ? » (1784), trad. H. Wismann, in *Ceuvres philosophiques II*, Paris, Gallimard, « Bibliothèque de la pléiade », 1983, p.209-17.

¹⁷¹ Ou de minorité, selon les traductions. Le terme allemand est *Unmündigkeit*, où l'on entend la racine « Mund » (bouche). La traduction littérale serait l'« état de non-parlance », soit proprement l'in-fans, celui qui ne parle pas, définition propre de l'enfant.

¹⁷² Dans le Banquet, c'est Eryximaque aussi qui parle avant et à la place d'Aristophane saisi de hoquet...

¹⁷³ ESCOTS Serge, « Exilé de soi, la domestication biomoléculaire à l'ère des mégaparc humains », *Empan* 2007/2 ; 66 : 50-6.

¹⁷⁴ FORLINI Cynthia, RACINE Eric, « Disagreements with implications: diverging discourses on the ethics of non-medical use of methylphenidate for performance », *BMC Medical Ethics* 2009, 10:9.

la maladie de l'homme normal est « faille dans sa confiance biologique en lui-même »¹⁷⁵. Cette perte de confiance renforce le besoin d'une tutelle bienveillante.

On peut alors voir notre actualité sous le signe d'une boucle d'amplification : non seulement l'État, par son relais médical, exerce une tutelle normative individualisante et collective, mais c'est au nom de leur individualité même, et de la liberté d'entreprendre, que les gens la réclament davantage. Ainsi d'un côté les autotests qui diffusent dans le public (on peut surveiller sa tension, son pouls, sa saturation en oxygène, sa glycémie, etc.) peuvent être des moyens de prendre des responsabilités sur sa santé, mais d'un autre côté les variations observées génèrent aussi une grande inquiétude et des demandes de conseil ou de correction pour une anomalie ressentie. En effet

« Cette civilisation médicale sécuritaire du corps s'avère inséparable des libertés formelles. C'est un corps à la fois libre et sécurisé à l'image des autres biens qui se trouve mis à la disposition des propriétaires invités à en jouir de manière raisonnable, normée, libre et surtout rentable »¹⁷⁶.

C'est ainsi qu'il est devenu difficile de distinguer une médecine qui s'impose d'une médecine qui s'offre en réponse à une demande. Ceci ne peut être complètement intelligible que si on fait un pas de plus par rapport au modèle pastoral classique, et que l'on regarde aujourd'hui la gestion néolibérale.

Nous ne discuterons pas en détail des distinctions entre sociétés de contrôle et sociétés de surveillance voire de sous-veillance¹⁷⁷. Contrôle et surveillance ne sont pas équivalents, et nous avons les deux ! Le contrôle vise à orienter les individus dans leur conduite, la surveillance recueille des informations à leur sujet. Le contrôle conserve une dimension astreignante et manifeste, la surveillance est plus discrète. Le contrôle vérifie un certain ordre des choses, c'est en quelque sorte un examen de conformité, de concordance avec ce qui est prescrit, alors que la surveillance récolte des données dans l'objectif d'analyser et d'anticiper les comportements. Le contrôle est un examen structuré, la surveillance un traçage continu. Pour la surveillance, les postures déviantes peuvent être tout à fait légales ou saines, mais sont des comportements décalés par rapport à la moyenne¹⁷⁸.

Une des fonctions majeures assignées à la surveillance est celle d'identifier une menace avant qu'elle ne se réalise, pour s'y préparer en conséquence. Cette fonction de protection est évidemment dirigée contre des individus dangereux pour la sécurité de l'État. Toutefois, du terroriste à l'obèse qui ne maigrit pas, ou au diabétique qui ne fait pas baisser son HbA1c¹⁷⁹, il y a un dispositif et des technologies de plus en plus convergentes.

¹⁷⁵ CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, op.cit., p.217.

¹⁷⁶ GORI Roland, « La surmédicalisation de l'existence est un désaveu du "souci de soi" », *Champ psychosomatique* 2006 ; 42(2) : 55-83.

¹⁷⁷ QUESSADA Dominique, « De la sousveillance. La surveillance globale, un nouveau mode de gouvernementalité », *Multitudes* 2010/1; 40 : 54-9.

¹⁷⁸ ROUVROY Antoinette, BERNS Thomas, « Le nouveau pouvoir statistique... », art.cit.

¹⁷⁹ Paramètre biologique qui reflète l'équilibre glycémique des dernières semaines, l'HbA1c (ou hémoglobine glycosylée) sert en pratique à déterminer des stratégies thérapeutiques individuelles mais aussi à surveiller les performances des médecins, lesquels peuvent percevoir des rémunérations additionnelles si leurs patients diabétiques atteignent les chiffres cibles d'HbA1c.

Cette fonction de protection suppose de collecter des indices (par exemple demain certaines prédispositions génétiques à développer des maladies) qui enrichissent des bases de données. Couplée à cette récolte d'informations, la catégorisation des individus permet non seulement leur repérage, mais aussi pour une dissuasion préventive : ces dispositifs de surveillance incitent à une intériorisation psychologique des comportements souhaitables. Si on sait qu'on peut être tracé, on sera plus prudent, plus obéissant.

« La banalisation d'une surveillance démocratique et égalitaire est acquise parce qu'elle ne prétend plus cibler personne a priori, mais s'applique à tout le monde par défaut »¹⁸⁰.

Les évaluations des individus sont remplacées par leur profilage qui compare les individus à des moyennes ou à des objectifs d'accroissement ou de réduction par rapport à leur état basal. L'apparente neutralité de l'outil statistique et son « adéquation » au réel masquent sa puissance normative :

« Les sujets sont gouvernés par les traces qu'ils laissent, par un réel qu'ils composent eux-mêmes. Ils deviennent eux-mêmes la source de la construction du savoir qui porte sur eux, et des normes qui les régissent »¹⁸¹.

On peut avoir ici à l'esprit le tout prochain dossier médical personnel informatisé. Mais aussi tous les dispositifs connectés qui transmettent les données de santé recueillies à même le corps à des professionnels en tout genre, y compris, dans des scénarios de fiction, à des assureurs qui recalculent les primes en fonction du profil. Le gouvernement statistique ne se préoccupe plus des motivations psychologiques et morales des sujets. Autrement dit, dans la controverse Calliclès/Socrate, il ne prend plus parti. C'est pourquoi la gouvernance statistique porte atteinte à la possibilité de rendre compte par le langage, de ce qui nous fait agir¹⁸². Il n'est plus nécessaire de rien expliquer ni de rien interpréter. On quitte là progressivement l'inquisition pastorale.

Ces transformations s'appliquent aussi à l'organisation de la médecine, notamment du service public hospitalier qui est censé mettre en œuvre l'articulation délicate de la gestion politique du Tous et du souci de chacun, mais aussi à l'effet de la médecine sur les individus. Double échelon donc, qu'il faut avoir présent à l'esprit. Si le médecin contrôle et surveille, il est lui aussi contrôlé et surveillé dans ses performances. Dans la plupart des pays industrialisés, l'autonomie des professions de santé a été restreinte au profit d'un contrôle accru par l'État ou des compagnies privées. Aux USA, au Canada, en Grande-Bretagne, les autorisations d'exercer sont soumises périodiquement à une certification, qui met l'accent sur des critères rassemblés sous le terme de « professionnalisme », sorte de nouveau contrat social destiné à sauvegarder la confiance du public¹⁸³. Applaudissements !¹⁸⁴ Mais le problème est, comme toujours, l'évaluation (forcément standardisée) des compétences.

¹⁸⁰ Ibidem.

¹⁸¹ Ibidem.

¹⁸² Ibidem.

¹⁸³ HILTON Sean R, SLOTNICK Henry B, « Proto-professionalism : how professionalization occurs across the continuum of medical education », *Medical Education* 2005;39:58-65; KINGHORN Warren A, « Medical education as moral formation; an Aristotelian account of medical professionalism », *Perspectives in Biology and Medicine* 2010 ; 53(1):87-105.

Nous quittons un monde réglementaire pour un univers de prescriptions (morales dans leur sémantique) et d'exigences sans limites¹⁸⁵ : excellence, rationalisation, qualité, sécurité, satisfaction, amélioration, autonomie et responsabilité. L'idéal du comportement individuel est devenu le comportement normalement attendu. L'injonction à être responsable et autonome pourrait être entendue comme une invitation à s'affranchir du troupeau, mais elle porte en réalité les contradictions à un point de paroxysme. L'autonomie réelle (que ce soit celle du soignant ou celle du malade) est si faible, que sa déclaration est en réalité une prescription de faire semblant, de faire « comme si ». Il faut dire que l'idéal est difficile à contester, surtout quand il est exprimé dans un jargon abstrait : comment être contre la qualité, la performance, l'organisation, la responsabilisation, l'engagement, la contractualisation, la modernisation, le progrès, l'optimisation, la réactivité, la flexibilité, la transparence, la transversalité, la satisfaction, la normalisation du cholestérol, l'absence d'abus d'alcool, la diminution des infections nosocomiales, la réduction des actes violents, l'amélioration de la qualité de vie ? Celui qui suggérerait après Adorno que « là où tout semble clair et bien net, il y a des étrons cachés »¹⁸⁶ passerait pour un fâcheux adepte du complotisme. Il est socialement périlleux de s'opposer à des prescriptions morales, qui traduisent une anthropologie de l'homme intéressé, laquelle place le calcul comme mode prédominant de rapport aux choses et aux autres. Les individus doivent se constituer face aux risques comme un centre de décision.

C'est ainsi que nous sommes chacun responsable de la maîtrise de nos facteurs de risque. Et donc on aura toujours, à côté d'actions collectives qui visent des états globaux que l'on régule (le poids moyen des français), une police individuelle des corps et des esprits (puisque l'approche de la psyché est maintenant celle du cerveau) qui continue son ouvrage en prenant l'individu au niveau du détail de sa rééducation. Un pas supplémentaire a été franchi dans la responsabilisation de chaque un, qui relève de la mascarade plus que de la bienveillance.

Le néolibéralisme est paradoxal : non pas tant moins d'État, mais un interventionnisme plus fort et déplacé, « une politique active sans dirigisme ». Non pas « laissez-faire », mais vigilance, activité, intervention permanente¹⁸⁷. Contrairement au modèle pastoral, pas de rapport d'obéissance, ni de dépendance, ni d'anéantissement de la volonté personnelle, mais autonomisation, responsabilisation, volontarisme. La mise en capacité, l'*empowerment* (notion souvent détournée de son sens initial de libération par la responsabilisation) s'apprend et se fabrique individuellement. Notre assujettissement à ce nouveau style du pouvoir (néolibéral) repose sur l'intériorisation de cette injonction à l'autonomie et à la responsabilité de soi¹⁸⁸.

¹⁸⁴ En France, les responsables de la formation en Médecine générale ont déterminé 6 compétences, dont le professionnalisme défini comme « la capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, à développer une activité professionnelle en privilégiant le bien-être des personnes par une pratique éthique et déontologique, à améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine fondée sur des faits probants, à assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient. COMPAGNON L, BAIL P, HUEZ JF et al., « Définitions et descriptions des compétences en médecine générale », *Exercer* 2013;108:148-55.

¹⁸⁵ DUJARIER Marie-Anne, *L'idéal au travail*, Paris, Presses Universitaires de France, « Éthique et philosophie morale », 2006.

¹⁸⁶ ADORNO Theodor W, *Minima moralia...*, op.cit., p.77.

¹⁸⁷ FOUCAULT Michel, *Naissance de la biopolitique*, op.cit., p. 137.

¹⁸⁸ APPAY Béatrice, « De l'autonomie émancipatrice à l'injonction d'autonomie », *Vie sociale* 2012 ; 1 (1) : 29-40.

Le rôle du malade doit intégrer le devoir d'aller mieux et plus encore celui de rester en bonne santé : la santé relève d'un choix personnel, signe d'aptitude à fonctionner de manière responsable. Le souci de chacun est délégué à soi-même¹⁸⁹. Il ne suffit plus de prévenir la maladie, il faut maximiser son capital santé.

« Le néolibéralisme serait un type de pouvoir qui aurait besoin que les individus se soucient d'eux-mêmes (d'un certain *souci de soi*, indexé sur une maximisation) et s'apprécient – puisqu'on prend mieux soin en général de quelque chose que l'on aime »¹⁹⁰.

Il faut entretenir un certain type de rapport actif à soi et à l'ensemble de sa vie : non pas un rapport de connaissance, mais un rapport de transformation et de fabrication. Cette rationalité « présuppose non pas que les individus sont effectivement "responsables", mais que les individus peuvent et doivent l'être »¹⁹¹. C'est en pratique hors de portée (à cause des conditions matérielles et sociales) du plus grand nombre (ex obésité et diététique). C'est une exigence et non pas une conception généreuse et émancipatrice. N'est-il pas redoutable, par rapport au bien commun qu'est le vivre ensemble, c'est-à-dire dans des dépendances et des interdépendances multiples, qu'on enjoigne aux gens d'adopter des comportements indépendants?

On comprend alors mieux que dans une période où est valorisée comme jamais l'autonomie du malade, se multiplient les demandes d'être normal et les plaintes de ne pas y parvenir. On attend de la médecine qu'elle apporte son expertise au sujet du risque, mais ce faisant elle participe insidieusement et inexorablement à consolider l'idée que le bien-être corporel est une obligation normative¹⁹². Le piège s'est donc refermé en quelque sorte sur le médecin et son patient. A tous deux s'impose la norme, et chacun est requis de s'y conformer. Une mécanique normative qui n'est plus tout à fait celle de la physiologie, et plus tout à fait celle de l'individu, pèse à la fois sur le médecin et le malade dans leur échange particulier, en les contraignant l'un et l'autre à une norme d'autant plus efficace qu'elle est anonyme. Que le sujet dit « autonome » soit largement façonné passe complètement inaperçu du sujet lui-même qui se croit d'autant plus l'auteur de ses effets discursifs qu'il n'a pas conscience de tout ce qui l'a conditionné et mobilisé. C'est ainsi que la bonne gouvernance biopolitique en appelle au discernement des sujets conduits, à leur responsabilité, à leur capacité à se projeter dans l'avenir, et donc en fait à devenir eux-mêmes les sergents-chefs de leur destin biologique et les entrepreneurs de leur projet corporel.

Nous avons décrit un piège qui enferme médecin et patient dans une logique vicieuse, puisque le souci de chaque Un revient en quelque sorte à lui appliquer la gestion politique ou plutôt managériale du Tous. Le point délicat est celui de la pratique : comment, dans un même acte de soin, dans une seule rencontre clinique, tenir ensemble d'une part la recherche d'un apaisement des tensions quand elles virent à la douleur, ou au désordre de la maladie, et

¹⁸⁹ GORI Roland, « L'art des douces servitudes », art.cit.

¹⁹⁰ HACHE Emilie, « La responsabilité, une technique de gouvernamentalité néolibérale ? », *Raisons politiques* 2007/4 ;28 :49-65.

¹⁹¹ Ibidem.

¹⁹² Petr Skrabanek multiplie les exemples dans la troisième partie, « la médecine coercitive », de son livre. SKRABANEK Petr, *La fin de la médecine à visage humain*, op.cit.

d'autre part la possibilité laissée au corps d'être « pas-tout » dans le contrôle, à la santé d'être exploration au-delà des limites et création de nouvelles normes, à la liberté d'être réellement choix des chemins par lesquels chacun entend gaspiller sa vie¹⁹³.

2.3. L'extension problématique du domaine de la médecine

Son champ d'action s'est étendu bien au-delà de son domaine traditionnel – « délimité par la demande du malade, sa douleur, ses symptômes, son malaise »¹⁹⁴ –, d'une part au corps social (extension sous contrainte économique-idéologique d'une philosophie utilitariste de l'efficacité et du rendement), et d'autre part à la santé qui comprend aussi, comme le fait valoir la définition déjà ancienne de l'OMS, une dimension de bien-être social. Cet élargissement a fait retour sur la médecine individuelle mais en la modifiant au passage. On voit alors se dresser l'obstacle. Si nous avons à nous plaindre, il vaut mieux avoir l'excuse de la maladie que d'affronter les déterminants politiques et sociaux de notre situation. Ne pas correspondre aux idéaux sociaux est devenu aujourd'hui une vraie cause de souffrance, et la médecine est sollicitée pour l'atténuer. D'ailleurs,

« Le fait de vivre la maladie comme une déchéance, comme une dévalorisation, et non seulement comme une souffrance ou réduction de comportement, doit être tenu pour l'un des composants de la maladie elle-même »¹⁹⁵.

Comment le clinicien doit-il entendre une dévalorisation due à l'intolérance de la société ou aux effets délétères du cadre de travail ? En équipant le salarié au bord du *nervous breakdown* de vitamines matinales, d'anxiolytiques en journée, de somnifères pour la nuit, pour qu'il tienne le coup? En le mettant en arrêt-maladie et sous paroxétine pour « dépression »? En l'incitant à la lutte syndicale? Est-ce qu'il convient d'exploiter l'hypocondrie des individus pour les discipliner dans leur style de vie? Brandir les menaces liées aux « comportements à risque » (alcool, sexe, cigarette, alimentation, etc.) deviendrait-il recommandable si on démontrait que l'espérance de vie de la population s'en trouve augmentée? Comment peut-il discerner ce qui relève de la médicalisation et ce qui ne devrait pas en relever ?

La médecine est-elle capable, et si oui de quelle manière, en s'appuyant sur sa spécificité, en prenant appui sur son *logos* propre, d'indiquer elle-même des limites à son action normalisatrice ? Autrement dit se pose selon nous la question de savoir si la médecine est à même de se proposer une éthique qui soit autre chose que sa mise à disposition sociétale pour des objectifs qui ne sont plus les siens.

La position éthique du médecin ne devrait-elle pas être celle de qui ne sait pas au départ de la situation clinique quel est le bien pour cette personne? Partant, de celui qui s'abstient de croire savoir ou de faire semblant de savoir¹⁹⁶? Poser cette hypothèse appelle une autre

¹⁹³ HALPERIN David, « Out of Australia », *L'Unebêvue* 2001 ; 18 (Il n'y a pas de rapport sexuel ; Centenaire de Jacques Lacan. Actes du Colloque des 5 et 6 mai 2001. Cité des Sciences, Paris): 94-109.

¹⁹⁴ FOUCAULT Michel, « Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine ? », art.cit.

¹⁹⁵ CANGUILHEM Georges, « Les maladies », art.cit., p.43-4.

¹⁹⁶ « poursuivre et à maintenir dans sa vie propre [de médecin] la découverte de Freud » (Lacan), trouve ici un champ d'application très concret et quotidien. Freud, reconnaissant que le savoir (encore insu) qui alimente le

question : comment peut s'opérer le partage dans la personne du médecin, qui se veut détenteur d'un savoir ? Ce savoir est-il borné, délimité ? Quelle part doit-il réserver dans sa pratique à l'« in-science », à l'in-su, comme on dirait « faire la part du feu », tout en reconnaissant que la demande lui est bel et bien adressée¹⁹⁷ ? La prétention à détenir un savoir vrai, à être une science, emporte avec elle une ambition de pouvoir. Quels types de savoirs la médecine cherche-t-elle à disqualifier du moment qu'elle se déclare être une science ? Quel sujet parlant, quel sujet d'expérience se trouve minoré du moment que le médecin lui oppose qu'il tient, lui, un discours scientifique sur ce dont il est question ?

L'exemple de l'implant cochléaire permet d'illustrer ce dernier point. La bionique a produit des implants cochléaires pour les sourds, qui sont des microcircuits électroniques greffés au niveau du nerf auditif. L'histoire de ce « progrès » donne à réfléchir, car nous sommes en face non pas d'une mais de deux histoires, deux narrations, deux interprétations différentes de la signification de cette technologie¹⁹⁸. La première est celle de la biomédecine. L'implant cochléaire est un triomphe, l'aboutissement d'une épopée scientifique et technologique. Il y a dans cette histoire des pionniers audacieux, des industriels à la pointe du progrès, des médecins visionnaires (tel Claude Henri Chouard à Paris qui avait rêvé d'un « gadget à la James Bond qui permette d'alléger le handicap de la surdité »), des enjeux économiques, des stratégies de persuasion, l'enthousiasme de la presse et la propagation de l'idée que tous les enfants sourds devront un jour bénéficier de cette avancée thérapeutique et que personne ne pourra mettre un frein à ce progrès inéluctable. Surtout, cela se fait au nom du Bien. Voici ce qu'écrivait House, un des pionniers de cette épopée technique, en 1995 :

« La communauté humaine est caractérisée par la parole, et la parole peut se résumer à ce qui se passe quand une mère dit "je t'aime" à son enfant et que l'enfant, ayant entendu ces paroles, lui répond en retour. Si nous commettons la faute de ne pas corriger un problème alors que nous en avons les moyens, nous violons notre serment de thérapeute. Implanter des enfants n'a rien à faire avec la gloire, mais avec la responsabilité »¹⁹⁹.

Le deuxième récit de l'implant cochléaire est celui des Sourds. Il n'a pas les mêmes moyens de se faire entendre, et on ne lui prête guère d'autorité. Les sourds ont été tenus à l'écart des recherches préliminaires, et ont appris l'existence du « miracle des implants » par la célébration qu'en a fait la presse. Ils ont exprimé des réserves lorsque les indications ont été étendues aux enfants nés sourds (et non plus restreintes aux adultes devenus sourds), ils ne se sont pas considérés massivement candidats à l'implant, contrairement aux prévisions

symptôme hystérique est « un savoir singulier, qu'en tant qu médecin il n'a donc pas à sa disposition », non seulement laisse la parole, mais, et c'est ce que nous voulons souligner ici, « s'abstient de savoir, ce qui, en l'occurrence, ne peut vouloir dire que ceci : s'abstenir de faire semblant de savoir ». ALLOUCH Jean, *L'éthification de la psychanalyse*. Calamité, Paris, Epel, « Cahiers de l'Unebévue », 1997, p.46-7. Nous avons dit que la difficulté pour le médecin est que, s'agissant de certains biens du corps, il détient bien quelque savoir à mettre à disposition.

¹⁹⁷ Dans un autre contexte, Judith Butler envisage une « éthique fondée sur notre partiel aveuglement à nous-mêmes » : suspendre l'exigence de l'identité à soi, faire un pas de côté par rapport à l'autonomie d'un sujet transparent, reconnaître son opacité, les limites mêmes de la connaissance, comprendre la vie comme ce qui excède tout compte-rendu possible. BUTLER Judith, *Le récit de soi*, Paris, Presses universitaires de France, 2007, p.42sq.

¹⁹⁸ BLUME Stuart S, « Histories of cochlear implantation », *Social Science and Medicine* 1999;49:1257-68.

¹⁹⁹ Cité in BLUME Stuart S, « Histories of cochlear implantation », art.cit. (notre traduction).

médicales²⁰⁰. A la logique bruyante d'un lien automatique allant du dépistage systématique à l'implantation cochléaire en imposant l'oralité pour corriger une déficience, s'oppose une minorité réduite au silence qui tente de faire valoir qu'avec la Langue des signes, la capacité de langage est complète²⁰¹.

De deux types d'excès surtout il faut se garder : abandonner la vocation à guérir au profit de tâches réglementées de dépistage, de traitement et de contrôle ; croire et faire accroire que l'idéal n'est pas un mythe mais une performance à atteindre. Le médecin doit donc laisser à désirer : expression à entendre aussi dans sa littéralité, cachée sous un sens péjoratif, qui est de plus en plus insupportable au temps de la performance, qu'elle soit corporelle, technique ou managériale. Laisser à désirer, c'est considérer que l'impuissance à satisfaire n'est pas forcément un échec, mais la condition même de pouvoir continuer à désirer, et que ce peut être une des visées souhaitables de l'action médicale. Il faut donc arriver à penser une pratique médicale qui saurait assumer, voire revendiquer ses propres insuffisances, son inadéquation foncière à la performance comme condition de son efficacité²⁰².

Se resserrer sur l'essence de la pratique est alors une nécessité. Or, lorsqu'on cherche à la penser vraiment, on s'éloigne quelque peu des embûches que nous tendent les oppositions paradigmatiques, pour peu que l'on prenne au sérieux que l'énigme véritable est l'individu malade et que la finalité de la pratique médicale, est d'aider à résoudre, dans le monde réel, les problèmes singuliers de chaque malade, lesquels relèvent aujourd'hui aussi parfois d'un rapport problématique à la norme sociale. On reconnaît le bon médecin par son pouvoir de juger ce qui convient à chaque cas particulier²⁰³. Ceci est très important à souligner quand une bonne part de l'évaluation et du contrôle des pratiques passe par la mesure de l'application des procédures et des protocoles, ce qui gomme totalement la spécificité de l'acte et passe à côté du réel du travail²⁰⁴. La prescription normative dessine une production de masse. Mais le travail du soin est rétif à se laisser ainsi programmer génériquement en tant que processus, flux, résultats. L'interprétation d'une situation, l'adaptation du style, du langage, des gestes, l'attention, la compréhension, sont nécessaires mais ne se prescrivent pas, ne s'organisent pas, ne se contrôlent pas, ne se surveillent pas.

Limiter les effets négatifs du pouvoir inhérent à la relation de soin revient-il à limiter l'offre ? Cette question croise celle de l'économie, autre dimension du pouvoir qui s'exerce dans les questions de santé, et que nous allons aborder à présent.

²⁰⁰ Ibidem. ALBINHAC Dominique, *Les implants cochléaires : contribution à l'histoire de l'expérimentation humaine*, Mémoire. Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 1978.

²⁰¹ GIOT Jean, MEURANT Laurence (dir), *Ethique et implant cochléaire. Que Faut-il réparer ?*, Namur, Presses Universitaires de Namur, « Transhumances », 2006.

²⁰² WEBER Jean-Christophe, « Gouverner les chairs et les esprits », *Studia philosophica* 2011 ;70 : 117-122.

²⁰³ Nous anticipons ici sur ce qui sera développé dans la troisième partie.

²⁰⁴ « Le regard fixe qui inspecte (...) a un modèle : le regard du manager en train d'évaluer, qui invite le candidat à prendre place et éclaire son visage de telle sorte qu'il se divise impitoyablement en une partie claire, l'utilisable, et une autre sombre, douteuse comme l'incompétence ». ADORNO Theodor W, *Minima moralia...*, op.cit., p.178.

C. LIMITATION DE L'OFFRE, LIMITES DU POUVOIR.

Le médecin, grand ordonnateur de dépenses de santé désormais sous surveillance, peut se croire le héros malheureux de drames cornéliens dont l'offre de soins serait le ressort²⁰⁵. Car la nécessaire limitation de cette offre – pour des raisons de coûts – est comme un ver dans le doux fruit de son habitus ancestral, à savoir la réponse à la demande de l'homme souffrant. Le drame le plus médiatisé est celui de la répartition des biens de soins et de l'arbitrage entre les fins individuelles et collectives. Le déficit légendaire de la sécurité sociale force à consentir des limitations de l'offre de soins. On pourrait se laisser aller au cauchemar de l'inadéquation (criante) entre les possibilités de la technoscience médicale (toujours en avance d'un rêve sur les aspirations des malades), et leur mise à disposition du public (toujours en avance d'une demande sur les ressources collectives contraintes pour les plus riches, toujours en retard d'une rame d'accès aux soins pour les plus pauvres). Nous aborderons cette question de la limitation de l'offre comme une question clinique, sans ignorer qu'il s'agit, sous le même nom, d'un enjeu économique, politique et social.

C.1 ECONOMIE OU MANAGEMENT ?

Sous cet angle, il est habituel de procéder à la critique de la raison médico-économique en mobilisant les catégories de la morale. De fait, il apparaît immédiatement un point épineux, un « conflit de valeurs », quand on cherche à articuler la bienfaisance et la justice, les soins donnés à un autre singulier selon ses besoins et la logique du Tiers²⁰⁶ qui garantit la pérennité de l'organisation et veille aussi à la maximisation du bien-être de tous. Car le médecin ne peut pas feindre d'ignorer que c'est la collectivité qui permet son exercice. Il y a là une tension significative entre morale individuelle et morale politique²⁰⁷. Le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a d'ailleurs produit un rapport qui expose en détail cette problématique dans le contexte de l'hôpital²⁰⁸. Il décrit les dilemmes (par exemple, performance dans un univers concurrentiel et/ou mission de service public), et énonce les impératifs contradictoires : préserver la santé d'un individu (au nom de la valeur inconditionnelle de la personne) et gérer au mieux celle d'une communauté d'individus (pour la satisfaction du plus grand nombre) ; exigence d'équité et obligation de résultats, etc. Selon le CCNE, faire des

²⁰⁵ Une première version de ces réflexions a été publiée dans WEBER Jean-Christophe, « Est-il recevable et acceptable de limiter l'offre de soins ? », in : Euro Cos Humanisme et Santé (dir.), *De l'accès à l'excès, évolution et ambiguïté de la demande de soins*, Paris, Éditions de santé, 2008, p. 57-64, et dans WEBER Jean-Christophe, « L'immixtion de l'économie dans la pratique médicale : principe de réalité ou choc des cultures », in : JP ALIX, B ANCORI, P PETIT (dir.), *Sciences en société au XXI siècle ; autres relations, autres pratiques*, Paris, CNRS Editions, 2008, p. 121-134.

²⁰⁶ Dilemme qu'on peut affronter par exemple en référence à Levinas : « Comment se fait-il qu'il y ait une justice? Je réponds que c'est le fait de la multiplicité des hommes, la présence du tiers à côté d'autrui, qui conditionne les lois et instaure la justice. Si je suis seul avec l'autre, je lui dois tout, mais il y a le tiers ». LEVINAS Emmanuel, *Ethique et infini, Dialogues avec Philippe Nemo*, Paris, Livre de Poche, « Biblio essais », 1982, p.84.

²⁰⁷ Et les réflexions de Rawls sont généralement proposées pour éclairer la morale politique. RAWLS John, *La justice comme équité. Une reformulation de Théorie de la justice*, Paris, La Découverte, 2003.

²⁰⁸ Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, Avis 101 : Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier. Texte téléchargeable à : <http://www.ccne-ethique.fr/docs/avis101.pdf>

choix à l'issue de débats publics est nécessaire, faute de quoi la répartition des soins pénalisera inévitablement les plus vulnérables. Mais une réflexion de type utilitariste et un usage raisonnable des QALYs permettent à l'inverse de tempérer les bénéfices présumés de l'hypermédicalisation de la vie quotidienne dont nous avons vu les écueils.

Sur un plan collectif, le dilemme éthique du médecin s'efface devant la tragédie qu'endurent les plus pauvres. Les inégalités sociales de santé en France n'ont pas diminué au cours des dernières décennies²⁰⁹. Ceci est à mettre en perspective avec le progrès de la médecine. De nombreuses données chiffrées existent à ce sujet²¹⁰. Par rapport à la moyenne de la population, les personnes à bas revenus²¹¹ estiment plus fréquemment que leur santé est mauvaise et qu'elle s'est dégradée par rapport à l'année précédente. Ils sont plus nombreux à ne pas consulter leur médecin généraliste, consultent moins souvent des médecins spécialistes, sont moins nombreux à ne pas avoir d'assurance complémentaire malgré le système de la CMU. Ils déclarent moins souvent une myopie et souffrent deux fois plus de caries dentaires. Ils sont moins nombreux à recourir à des pratiques de dépistage et de prévention. Le système des franchises constituera une limitation supplémentaire de l'offre de soins effective pour ces populations. Est-ce recevable ? C'est en tout cas difficile à justifier.

Si la CMU était une réponse aux inégalités sociales de santé, leurs titulaires se voient opposer une autre limitation de l'offre. En fait, les patients qui bénéficient d'une prise en charge différente des assurés sociaux ordinaires se heurtent avec une fréquence significative aux refus de soins discriminatoires de certains praticiens. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a cru bon, au vu de toutes les enquêtes effectuées sur le terrain et des témoignages recueillis par les associations, de morigéner ses troupes par un petit rapport diffusé le 12 décembre 2006 sur les soins aux personnes démunies²¹². Il y est rappelé que « les soins aux personnes à faible revenu, démunies ou en état de grande nécessité confrontent les médecins aux devoirs éthiques les plus pressants de leur profession ». Depuis l'évocation de Saint Jean de Dieu à celle de l'article 7 du Code de déontologie, est mise en avant l'attitude respectueuse et attentive pour tous les patients, quels que soient les sentiments qu'ils inspirent et quelle que soit leur réputation. Il est souligné qu'il ne saurait y avoir de limitation légitime à la qualité des soins administrés.

Pour les étrangers, les conditions d'accès à l'Aide Médicale d'Etat²¹³ se sont durcies et seuls sont pris en charge les soins urgents. Le même rapport du Conseil National de l'Ordre reconnaît que « cette situation devient immédiatement choquante à proximité d'un

²⁰⁹ ALLORY Emmanuel, BANATRE Agnès, BOURBONNOIS Eléonore, et al., « Les attentes d'usagers d'un quartier prioritaire en termes de santé : une enquête qualitative », *Santé Publique* 2017 ; 29 (4) : 535-45. LANG Thierry, KELLY-IRVING Michelle, LAMY Sébastien, LEPAGE Benoit, DELPIERRE Cyrille, « Construction de la santé et des inégalités sociales de santé : les gènes contre les déterminants sociaux ? », *Santé Publique* 2016 ; 28 (2) : 169-79.

²¹⁰ Par exemple, au niveau de l'INSEE : DE SAINT POL Thibaut, « La santé des plus pauvres », *Insee Première* n°1161, octobre 2007.

²¹¹ Individus appartenant à des ménages dont le niveau de vie est inférieur à 60% du niveau de vie médian. Les ressources du ménage sont divisées par le nombre de personnes, avec un ajustement fonction de l'âge pour les enfants.

²¹² BICLET Philippe, « Les soins aux personnes démunies en France », Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins - section éthique et déontologie, rapporteur Dr Philippe Biclet, 12 décembre 2006. URL : <http://www.conseil-national.medecin.fr/> (rubrique publications\rapports\2006).

²¹³ Délai de résidence de trois mois et suppression de la procédure d'admission immédiate.

environnement hyper médicalisé et de populations ne connaissant aucune limite aux soins ». Cependant, si à la page 4, le rapport affirme que l'Ordre ne peut accepter aucune discrimination, il est précisé à la page 5 que : « La définition de l'urgence étant de la responsabilité du seul médecin, c'est à ce dernier qu'incombe la difficile mission de refuser certains soins²¹⁴ ». Autrement dit, c'est choquant et inacceptable, mais il faut quand même refuser... D'un autre côté, on ne peut ignorer que la définition fameuse de la santé produite par l'OMS en 1946 (« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ») conduit à considérer qu'il n'y a pas de limite logique ni à la demande ni à l'offre médicale.

Mais revenons à l'hôpital. Contrairement aux vœux du CCNE, c'est la technologie du rendement qui s'est invitée massivement dans le débat. Ici la pièce vire au comique grinçant. Evoquons brièvement l'effet de contraste produit par le télescopage temporel entre le discours de Mr le Président de la République Sarkozy au CHU de Bordeaux à la mi-octobre 2007²¹⁵, et la publication de l'avis 101 du CCNE, début novembre de la même année²¹⁶. Le président de la République annonçait une nécessaire « révolution des mentalités » pour rendre l'hôpital « performant ». Si le malin génie de la nouvelle gouvernance se donne l'apparence du libéralisme en vue de la qualité, c'est pour mieux masquer la délégation d'une contrainte, celle de devoir rendre des comptes sur les nouvelles priorités, fort éloignées de la valeur de service qui a servi de prétexte introductif au discours présidentiel. La tarification à l'activité, les contrats d'objectifs et de moyens, la volonté de responsabilisation de chaque praticien dans les résultats²¹⁷, construisent un malade d'un genre nouveau, pur produit de l'entreprise de production de soins que doit devenir l'hôpital²¹⁸ : le malade indésirable, celui dont la présence « n'est pas pertinente ». Ce malade ne séjourne pas le temps nécessaire au traitement global de son cas, il séjourne « trop longtemps » au regard des performances attendues, et il fait donc perdre de l'argent. Le praticien nouveau n'est plus tourmenté par les difficultés de son retour à domicile, mais par la durée moyenne de séjour qui s'allonge. Les réponses fondées sur des normes professionnelles, cèdent peu à peu la place aux réponses réflexes qui se forment sous la pression de l'institution – de l'entreprise ? –, et sollicitent peu la pensée et le jugement personnel : c'est ainsi que se compromettent les pratiques individuelles²¹⁹. C'est là que les politiques de santé se concrétisent dans les décisions du quotidien. Bientôt le praticien conforme à la discipline du rendement que la nouvelle gouvernance lui enjoint d'intérioriser aura renoncé à ce qui, dans la pratique médicale, est par essence rétif à sa

²¹⁴ Une exégèse détaillée de ce texte serait à faire.

²¹⁵ SARKOZY Nicolas, « Allocution de M. le Président de la République, installation de la commission Larcher, CHU de Bordeaux », 16 octobre 2007, URL :

http://www.elysee.fr/documents/index.php?mode=cview&press_id=548&cat_id=7&lang=fr

²¹⁶ Alors qu'il est daté de la fin juin 2007, il n'a été rendu public que le 7 novembre 2007. Le 5 février 2008, les journaux ont annoncé la volonté présidentielle de réformer le CCNE...

²¹⁷ Ce sont les trois volets de la révolution annoncée.

²¹⁸ En écho à l'allocution présidentielle, le délégué général de la Fédération des Hôpitaux de France, Gérard Vincent, a déclaré quelques jours plus tard, le 23 octobre : « La tarification à l'activité n'est pas compatible avec le statut d'établissement public. Pour ma part, je souhaite que l'hôpital prenne le statut d'**entreprise** publique de santé ». Propos rapportés dans GERVAIS JB, « Sarkozy a réponse à tout », *Décision santé* 2007 ;239 :14 (nous accentuons).

²¹⁹ Voir par exemple : WEINSTEIN Marcie, NESBITT Jessica, « Ethics in Health Care: Implications for Education and Practice », *Home Health Care Management & Practice* 2007;19: 112-7.

réduction au rentable : l'ingéniosité, le savoir-faire, l'effort, l'habileté, au service d'une qualité des soins sans commune mesure avec des indices d'activité. L'acte de soin est en économie un produit singulier, une singularité qui se caractérise par des incertitudes sur la qualité et sur les résultats : « aucun accord unanime n'existe sur le classement (...) des talents de médecins ou d'avocat »²²⁰.

C.2 LA LIMITATION DE L'OFFRE, UNE QUESTION (AUSSI) CLINIQUE

Ceci nous rapproche précisément d'un aspect moins étudié et plus clinique de la question de la limite de l'offre. Il est d'ailleurs possible d'entrevoir en quoi le fait de s'en saisir comme question clinique permet éventuellement de mieux résister à l'imposition du cadre de pensée financier. En effet, le CCNE appelle à une médecine « sobre », par opposition à une médecine de la redondance masquant une paresse intellectuelle et une peur à assumer des choix courageux²²¹. Prendre le temps clinique de l'anamnèse, c'est-à-dire aussi de l'analyse minutieuse de ce qui a précédé l'arrivée à l'hôpital, permet de trier et d'affiner les hypothèses diagnostiques, et partant de prescrire moins d'examen (certains ont déjà été effectués et il suffit d'en prendre connaissance, d'autres sont inutiles²²²) : l'économie réalisée parachève plutôt qu'elle ne s'oppose à l'élégance de la démarche.

Vladimir ne parle pas français correctement. Il est originaire d'un pays d'Europe Centrale, mais réside en France de longue date. Un hiver, on diagnostique chez lui une affection assez peu commune, à l'occasion d'une complication grave ; le traitement instauré permet une rémission satisfaisante. Lorsque, à la fin de l'été suivant, il est hospitalisé pour une fièvre persistante accompagnée d'un amaigrissement, l'affection initiale est toujours présente, mais Vladimir présente d'autres manifestations qui ne sont pas d'emblée reliées au processus initial. Commence alors une enquête diagnostique fouillée, à la manière du Dr House, cette caricature télévisuelle d'interniste américain : scanner, Pet-scan, biopsies multiples, tests immunologiques et microbiologiques sophistiqués, bref, l'éventail des biotechnologies diagnostiques est mis au service de la recherche de la cause de sa fièvre. La conclusion tarde cependant à tomber, et il s'écoule trois semaines pendant lesquelles il continue de souffrir. Finalement, une certitude suffisante semble obtenue pour instaurer un traitement à base de cortisone, qui apporte un soulagement quasi-immédiat. L'intérêt de cette historiette tient dans la remarque qui clôt la présentation du cas au cours d'une réunion clinique à visée pédagogique. Le médecin qui l'avait alors sous sa responsabilité s'exclame en effet : « c'est bête mais si on avait su tout de suite que la cortisone avait été interrompue brutalement quelques semaines avant le début de la fièvre, on aurait compris tout de suite ce qui se passait ! » Faire appel à un interprète aurait fait faire des économies sur la durée du séjour, évité des explorations inutiles, tout en manifestant une disposition d'hospitalité : voilà comment une médecine sobre n'est pas forcément pénalisante et ne nuit pas forcément à l'excellence des soins...

La sobriété prônée par le CCNE ne saurait être restreinte aux seules considérations financières. Pensons par exemple au désengagement thérapeutique des réanimateurs, et plus largement aux soins en fin de vie. L'analyse des situations particulières, qui est toujours à faire, repose non pas sur la limite de l'offre en soi, au sens d'une réduction quantitative ou

²²⁰ KARPIK Lucien, *L'économie des singularités*, op.cit., p.39.

²²¹ COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE, Avis 101.

²²² BRANDER Patrick, GARIN Nicolas, « Utilité de l'anamnèse et de l'examen clinique... », art.cit.

qualitative, mais d'un ajustement à la situation, d'un accord le plus fin possible à la singularité du cas appréhendé dans toute sa complexité, ce qui pourrait bien caractériser le *nomos* spécifique de l'univers du soin²²³. Ainsi la prudence des prescriptions chez la personne âgée est une des maximes essentielles du savoir-faire gériatrique. La limitation clinique de l'offre n'est pas dictée ici par des impératifs économiques. Qu'est-ce qui y fait obstacle ? Est-ce la perception d'une exigence dans la demande, à quoi on ne peut se refuser ? Est-ce la crainte de la judiciarisation ? N'y a-t-il pas aussi parfois quelque chose de plus intime ? La possession de connaissances et de technologies confère un pouvoir d'œuvrer pour le bien du patient, et le désir de faire le bien, nourri parfois de fantasmes de savoir plein et de toute puissance, peut se transformer parfois en zèle intempestif.

Si « la bienveillance primordiale doit être la règle de l'action médicale »²²⁴, celle-ci trouve aussi sa limitation dans le principe hippocratique « *primum non nocere* », en premier ne pas nuire. La limitation de l'offre n'est pas seulement acceptable, elle est impérative si les bonnes intentions du médecin (car on écarte ici les cas d'ignorance ou de malveillance) l'amènent à un acharnement diagnostique de mauvais aloi qui précipite un patient souvent anxieux dans ce désastre qu'est la maladie iatrogène. Et que dire des dépendances induites par la prescription immodérée de benzodiazépines ! Comme l'écrivait Balint, « la compulsion du médecin à 'donner' doit être surveillée, car le don doit être déterminé par les besoins du patient et non par les siens »²²⁵.

L'offre peut donc bien parfois excéder la demande. Si le médecin « doit se retenir de donner quand il n'y a pas de demande »²²⁶, la « licence to cure » s'autorise parfois de ce que le malade persuade le médecin qu'il possède bien ce qui viendra le compléter. Nous y reviendrons dans le chapitre sur le transfert et le contre-transfert. Et nous avons déjà évoqué certains pièges de la demande : il est parfois utile de limiter l'offre (par exemple, le renouvellement de certains traitements) quand celle-ci avalise la demande implicite que « rien ne change », côté malade et côté médecin : le don renouvelé sans discussion de l'ordonnance du somnifère, de l'anxiolytique, de l'hypolipémiant, permet au malade de ne pas être questionné, et au médecin de continuer à bénéficier d'une bonne image, ce qui est essentiel au maintien de sa clientèle²²⁷.

Il arrive toutefois que les enjeux cliniques soient étroitement intriqués avec les enjeux financiers. Les nouvelles technologies diagnostiques et les nouveaux agents thérapeutiques, fort coûteux, sont mis à disposition mais génèrent aussi des dépenses conséquentes qui obligent à des choix difficiles. Plutôt que de me focaliser sur des cas exceptionnels, j'aimerais insister sur la question de l'usage plus quotidien de ces biotechnologies. Celles qui ont été incorporées dans les pratiques médicales ordinaires les ont reconfigurées, mais il n'est pas

²²³ Voir BOURDIEU Pierre, « Un acte désintéressé est-il possible ? », *Raisons pratiques ; sur la théorie de l'action*, Paris, Seuil, 1994, p.149-167.

²²⁴ ISRAËL Lucien, « La maladie iatrogène », in : *Le médecin face au désir*, op.cit., p.295.

²²⁵ BALINT Michael et Enid, *Techniques psycho-thérapeutiques en médecine*, op.cit., p.178.

²²⁶ Ibid., p.179.

²²⁷ C'est alors parfois sur le coup de l'agacement que le médecin dit ses « quatre vérités » au malade (voir le cas relaté par Martin WINCKLER, *En soignant, en écrivant*, Montpellier, Indigènes édition, 2000, p.71 sq.). Les conséquences étant peu prévisibles pour le malade (semonce salutaire ou sentiment d'un manque de respect), on peut préférer l'analyse critique et clinique de la situation.

nécessaire de recourir à l'arpentage d'un *nouveau* monde médical – par exemple celui de l'anthropotechnie tel que l'esquisse Goffette²²⁸ –, ce qui nécessiterait une nouvelle géométrie, ni évoquer les enjeux des « nouvelles frontières » de la médecine, si tant est que l'expression conserve une intelligibilité quand la médicalisation de nos vies est sans limites²²⁹. Il sera question des usages actuels dans une pratique de terrain, pas de la médecine anti-âge, du clonage, des cyborgs, ou de la brevetabilité du vivant... Depuis notre spécialité de médecine interne, *a priori* sur les biotechnologies est naïvement neutre, et l'intuition première est qu'il est possible de les considérer d'un point de vue simplement instrumental, et non comme la pente glissante vers une menace apocalyptique, ni comme l'épiphanie d'un monde nouveau de progrès. Toutefois, cela ne résiste pas à l'examen. Les artefacts technologiques suscitent certaines actions et comportements et en découragent d'autres, ils ont donc des ramifications normatives qui infiltrent les pratiques²³⁰. Les médecins sont aussi, comme leurs contemporains, volontiers fascinés par la technologie, cette fille de la science qui, plus que sa mère, a réellement investi le domaine médical dans sa réalité quotidienne. Ainsi Alain Laugier, professeur de cancérologie-radiothérapie à Paris, évoque les avancées de l'imagerie médicale. A l'heure de l'image numérisée,

« Tout est alors dans les entrailles de l'ordinateur et dans les tuyaux du réseau Intranet ou PACS – Picture Archiving and Communication System – des services de radiologie et, par contagion, de tout l'établissement de soins, ou du réseau Internet, ouvert au monde entier selon des sésames respectueux de la confiance médicale ». Ceci permet que l'imagerier (...) « va maintenant partager son plaisir avec toute la communauté médicale. La médecine fiction de la guerre des étoiles est arrivée avec sa splendeur visuelle »²³¹.

Les médias se font d'ailleurs largement l'écho de toutes les avancées technologiques qui ont transformé la médecine, qu'il s'agisse d'imagerie, d'investigations, de thérapeutiques, voire de communication électronique entre médecins et patients²³². L'utilisation de l'ordinateur est préconisée comme assistance à la décision clinique et présentée comme le « nouveau standard des soins »²³³. Sans se laisser gagner par cet enthousiasme largement encouragé, on conviendra que la médecine d'aujourd'hui serait bien en peine de s'en passer : techniques d'imagerie métabolique comme le PET Scan²³⁴, agents thérapeutiques produits par génie génétique, etc. Parmi ces derniers, prenons pour exemple le rituximab : c'est un anticorps chimérique murin humanisé²³⁵. Le rituximab a d'abord été utilisé en oncologie, pour

²²⁸ GOFFETTE Jérôme, *Naissance de l'anthropotechnie*, op.cit.

²²⁹ L'expression est de Michel Foucault, précisant que « c'est l'ensemble du phénomène de la vie qui se trouve désormais placé dans le champ d'action de l'intervention médicale ». FOUCAULT Michel, « Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine ? », art.cit.

²³⁰ KEULARZ J, SCHERMER M, KORTHALS M, SWIERSTRA T, « Ethics in technological culture : a programmatic proposal for a pragmatic approach », *Science, Technology & Human Values* 2004; 29 (1):3-29..

²³¹ LAUGIER Alain, « La fin des négas », *Le Concours Médical* 1998;120:1073.

²³² BALAS EA, JAFFREY F, KUPERMAN GJ et al, « Electronic communication with patients. evaluation of distance medicine technology », *Journal of American Medical Association* 1997; 278:152-159.

²³³ GARIBALDI RA, « Computers and the quality of care », *New England Journal of Medicine* 1998;338: 259-260.

²³⁴ Le PetScan associe une caméra à positrons et un scanner. Cet appareil permet la combinaison des images métaboliques issues du PET aux images anatomiques provenant du scanner. Elle utilise des molécules biologiques marquées par des isotopes radioactifs à demi-vie très brève (Fluor-18).

²³⁵ Les régions constantes de l'anticorps sont celles d'une IgG1 humaine, les régions variables des chaînes légère et lourde sont d'origine murine. Cet anticorps reconnaît l'antigène de surface CD 20, porté par la quasi-totalité des lymphocytes B.

le traitement de certaines formes de lymphome. De nouvelles indications ont été explorées, sont devenues aujourd'hui des « classiques ».

Les médicaments issus des biotechnologies récentes coûtent souvent beaucoup plus cher que les médicaments plus anciens. Ceci légitime un usage réglementé, dans le cadre d'autorisations officielles pour certaines maladies, ou après validation d'un comité d'experts au sein des établissements de santé pour d'autres situations plus rares. Des analyses médico-économiques permettent de mettre en perspective les coûts globaux avec les bénéfices en terme d'espérance de vie brute (études coût-efficacité) ou pondérée par un coefficient de qualité de vie (études coût-utilité), ou en terme de bénéfices économiques réalisés sur d'autres plans (études coût-bénéfice)²³⁶. Dans les pays les plus riches on estime ainsi qu'une « année de vie bonne gagnée » (1 QALY) justifie un surcroît de dépense supporté par la collectivité pouvant aller jusqu'à environ 50000 €.

Soit maintenant Jacques. Il a 60 ans, et est traité pour une maladie lymphoproliférative chronique appelée maladie de Waldenström. Les indications thérapeutiques ne sont pas aussi bien codifiées que pour d'autres cancers. Antérieurement, un traitement par cyclophosphamide (médicament anti-cancéreux et immunosuppresseur « classique ») avait été instauré, puis abandonné en raison d'effets toxiques et d'une efficacité insuffisante. Des perfusions de rituximab ont amené un résultat assez favorable et tout traitement anticancéreux a pu être suspendu, pendant environ deux ans. En consultation, Jacques tient à me faire part du malaise qu'il a ressenti lors de ses deux dernières visites auprès de l'oncologue. En effet, la reprise évolutive de sa maladie, encore asymptomatique mais détectable par le suivi régulier de son état biologique, avait motivé une discussion pour reprendre un traitement. Ce traitement a consisté en la prescription de cyclophosphamide, un puis deux comprimés par jour. Jacques, fort de son expérience, redoute le manque d'efficacité et la toxicité de ce produit. Il me dit que « sans vouloir remettre en cause la compétence et le sérieux du Dr Y. », il a « tiqué » quand il l'a entendu « marmonner que le rituximab se discutait, mais que c'était un médicament très cher ». De fait, le flacon de 500 mg nécessaire pour une perfusion hebdomadaire puis mensuelle coûtait environ 1500 €²³⁷. A titre de comparaison, la boîte de 30 comprimés de cyclophosphamide coûte 6,28 €²³⁸. Il veut bien concéder que la sécurité sociale est en déficit, mais ne comprend pas que cela puisse être mis en balance avec son état de santé. Au ras de l'expérience quotidienne, il s'agit pourtant, face à Jacques et à la maladie qui l'afflige, de faire des choix, et de les expliciter ou non devant l'intéressé. Sa situation ne relève plus d'un arbitrage collectif, mais individuel²³⁹. Jacques avait le sentiment d'un arbitrage arbitraire en sa défaveur, et nourrissait l'inquiétude d'un possible préjudice. Nous relatons ce cas pour donner chair à cette nouvelle donne : la pression subie par l'ensemble des professionnels de santé hospitaliers, pression accentuée par le rendement exigé au niveau de chaque pôle et bientôt de chaque praticien, explique que l'intériorisation des concepts gestionnaires puisse infléchir des choix thérapeutiques individuels, voire modifier l'habitus des médecins. Ainsi, si le rituximab était dans le même ordre de prix que le cyclophosphamide, il est très vraisemblable que Jacques se serait vu proposer de reprendre d'emblée le médicament antérieurement bien toléré et plus rapidement efficace, plutôt que le traitement antérieurement mal supporté et

²³⁶ VERGNEGRO A, « L'analyse coût-efficacité : un guide de lecture », *Revue des Maladies Respiratoires* 2003 ;20 (1) : 166-75.

²³⁷ Actuellement, en 2018, le prix n'est plus que de 830 euros pour 500 mg...

²³⁸ Le prix actuel a peu varié : 12,57 euros pour 50 comprimés.

²³⁹ En l'espèce, la reprise du rituximab pourrait être recommandée par la commission *ad hoc* de l'hôpital. Notons que le cas relaté date de l'époque des débuts du rituximab, dont l'usage s'est à présent répandu.

insuffisant à contrôler la maladie. Un tiers estimerait peut être que Jacques est mal venu de se plaindre, puisqu'il bénéficie depuis plusieurs années de perfusions mensuelles d'immunoglobulines polyvalentes humaines, ce qui représente déjà une somme de 138000 € prise en charge intégralement par la collectivité, comme d'ailleurs toutes les prescriptions qui ont trait à cette maladie et qui relèvent du régime de l'exonération du ticket modérateur. Au-delà du cas d'espèce, toutes ces microdécisions quotidiennes ont une répercussion sur l'état global du système de santé, dont certains subissent plus que d'autres les résultats, quand se restreint l'accès à certains soins.

Autrement dit, les progrès des biotechnologies peuvent conduire à accentuer les inégalités de santé, les inégalités d'accès aux soins, et finalement faire diminuer le niveau de santé globale d'une population, comme le suggère d'ailleurs Didier Sicard²⁴⁰. Les domaines où les innovations technologiques sont possibles sont actuellement privilégiés au détriment d'autres domaines où rien n'est attendu, alors que des problèmes très importants de santé sont posés. Or les innovations ne sont pas orientées par une politique de santé publique, mais par les intérêts financiers des groupes industriels²⁴¹.

Les biotechnologies offrent des conditions d'approche de la cause des symptômes qui sont tout à fait étonnantes. Encore faut-il les situer dans leur usage, c'est-à-dire dans l'exercice du savoir/pouvoir médical. Qu'en est-il, au-delà du cas caricatural évoqué plus haut avec l'histoire de Vladimir ? Il me semble que le point crucial est celui-ci : le rapport à la certitude exigible dans le diagnostic s'infléchit, se durcit, au gré de chaque innovation diagnostique. Le pouvoir de fascination des biotechnologies est tel que l'incertitude en médecine devient de plus en plus anxiogène pour le médecin. Peut-on se passer de savoir « davantage » quand on pourrait savoir (ou qu'on le croit) – mais en occasionnant un coût supplémentaire parfois significatif ? Est-ce légitime ? Est-ce justifiable, logique, voire autorisé ? Se passer de savoir quand on pourrait savoir, est-ce une question concrète en médecine clinique ? Oui, elle se pose par exemple quand on renonce à effectuer des investigations parce qu'elles ne déboucheraient pas sur des conséquences pratiques (i.e. un changement de traitement), ou quand les hypothèses qu'on pourrait tester manquent de vraisemblance. On peut multiplier les exemples, car ils sont quotidiens.

Une femme de 90 ans, confuse et démente, présente quelques lésions de purpura des orteils : « je lance le bilan de vascularite », demande l'interne ? Une femme de 65 ans est hospitalisée en médecine pour une menace d'occlusion intestinale : le colon sigmoïde est rétréci par une lésion qui pourrait ne pas être cancéreuse. L'équipe chirurgicale temporise, multiplie les demandes d'examens complémentaires : au final, elle est hospitalisée pendant près d'un mois (tous les examens ont des délais de rendez-vous), alors qu'une intervention décidée d'emblée aurait permis de faire directement le diagnostic et le traitement. Etc.

²⁴⁰ SICARD Didier, HADDAD Gérard, *Hippocrate et le scanner ; réflexions sur la médecine contemporaine*, op.cit. SICARD Didier, « L'innovation médicale entre solidarité et exclusion », in : *Journées Bioéthiques de la MGEN : Santé, solidarité, éthique*, MGEN éditions, « Agora », 2008 ;10 :9-13.

²⁴¹ On a beaucoup parlé des maladies orphelines pour désigner des affections rares qui ne bénéficiaient pas de l'attention de l'industrie pharmaceutique, faute de marché disponible. En fait, il faut distinguer les orphelins qui ont un oncle d'Amérique (par exemple les maladies par déficit enzymatique pour lesquelles une enzymothérapie substitutive est disponible) et les autres. Le thème a été repris pour signaler que le Sida ou le paludisme sont des maladies orphelines dans bien des pays. Mais pour rester dans le cas de la France, ne peut-on pas dire que l'alcoolisme du pauvre est devenue une maladie orpheline, en attendant la biotechnologie diagnostique ou thérapeutique qui lui donnera enfin des lettres de noblesse ?

Mais beaucoup de médecins répugnent à renoncer au diagnostic certain alors même qu'ils concèdent que cette certitude ne changerait pas les conditions d'existence du malade. A vrai dire, la question gagnerait en pertinence à être formulée de la manière suivante : quel gain de savoir certain est-il nécessaire d'obtenir avant de débiter un traitement ? Car de toute façon on n'épuisera pas la vérité d'une situation dans la certitude diagnostique biologique. Mais peut-être croit-on ou espère-t-on secrètement pouvoir le faire ? Les médecins, et aussi les malades, par capillarité résultant de leur fréquentation mutuelle assidue, misent de façon exagérée sur le pouvoir des biotechnologies de faire face au traitement du cas.

On a coutume d'invoquer deux raisons principales à ce rapport qu'entretient chaque médecin vis-à-vis des prescriptions d'actes diagnostiques sophistiqués (elles renvoient aux mêmes conséquences collectives que les médicaments coûteux) : la première raison est la crainte de « passer à côté de quelque chose », la crainte d'une faute eu égard à l'obligation de moyens qui lui serait ensuite reprochée, appelons cela la prescription parapluie. Ceux des malades qui en subissent le plus les conséquences sont les malades « somatisants » en tout genre, tous ceux dont la plainte reste rétive aux prouesses diagnostiques des biotechnologies. En effet, on ne leur rendra raison – et parole – qu'après avoir épuisé l'éventail des modes d'interrogation technologiques du corps. La deuxième raison relève d'un automatisme, application réflexe d'une technoscience : la disponibilité de moyens diagnostiques génère leur prescription médicale. Sous l'angle de l'esthétique, la prescription parapluie et la prescription automatique sont des fautes de goût.

On pourra certes plaider un manque de discernement dans l'application des procédures/protocoles « prêts à l'emploi » (i.e. : devant tel symptôme, pratiquer tel examen pour éliminer tel diagnostic), mais je me demande si une raison plus intime n'est pas à l'œuvre, raison qui tient dans le rapport de chacun à ce qu'il connaît, mais aussi à ce qu'il ignore. Le médecin de l'ère biotechnologique ne doit surtout plus faire confiance à son jugement clinique : les preuves se sont multipliées qu'il était si souvent pris en défaut. La précision des biotechnologies fait partie des arguments qui remettent la clinique au rang des accessoires désuets et disqualifiés. Or l'usage des biotechnologies est ressenti par le médecin clinicien, comme la manière la plus directe, la plus probante, de rendre effectif le voisinage avec la science, nous l'avons indiqué en parlant d'EBM. Sous ce masque de la scientificité, les biotechnologies (par le mésusage qui en est fait) en viennent à ruiner ce qui dans l'exercice médical est en réalité au plus près de la démarche scientifique véritable, à savoir la formulation d'une hypothèse à partir de l'appréhension d'un multiple hétérogène, hypothèse qui sera ensuite, dans un deuxième temps, confirmée ou non par des tests²⁴². Pour le dire plus abruptement encore : ce qui « fait » science en médecine aujourd'hui est peut-être ce qui éloigne le plus le médecin de la démarche scientifique²⁴³. On l'a vu, la crise économique et financière n'est pas sans retentir sur le rapport au savoir et au pouvoir.

Le parti pris instrumental neutre qui était le nôtre au départ ne tient pas. Ce n'est pas seulement une pratique qui utilise un nouvel outil, c'est l'outil aussi qui transforme la

²⁴² KHUSHF George, « The aesthetics of clinical judgment : exploring the link between diagnostic elegance and effective resource utilization », *Medicine Health Care and Philosophy* 1999; 2:141-59.

²⁴³ Ce point sera repris au chapitre IX.

pratique. L'exemple le plus marquant est celui de l'ordinateur : les prescriptions, la surveillance, même le dossier clinique sont aujourd'hui numérisés. Sans cesse actualisé, le dossier informatisé du patient suppose des opérateurs de saisie : ce sont les infirmières, mais aussi les médecins. Ces derniers passent actuellement plus de temps derrière leur écran qu'auprès des malades pour les soigner. La machine a reconfiguré en profondeur les modalités de présence médicale au lit du malade. On ne peut s'empêcher d'évoquer Adorno :

« Dans les mouvements que les machines exigent de ceux qui les font marcher, il y a déjà la brusquerie, l'insistance saccadée et la violence qui caractérisent les brutalités fascistes. S'il y a dépérissement de l'expérience acquise, la faute en revient pour une très large part au fait que les choses étant soumises à des impératifs purement utilitaires, leur forme exclut qu'on en fasse autre chose que de s'en servir »²⁴⁴.

Que faire alors ? Quelle tactique adopter dans notre corps à corps avec le dispositif des biotechnologies ? Dispositif au sens développé par Agamben, qui

« propose une répartition générale des êtres en deux grands ensembles ou classes : d'une part les êtres vivants (ou les substances), de l'autre les dispositifs à l'intérieur desquels ils ne cessent d'être saisis ».

Dispositif sera le nom générique donné à

« tout ce qui a la capacité de capturer, d'orienter, de déterminer, d'intercepter, de modeler, de contrôler et d'assurer les gestes, les conduites les opinions et les discours des êtres vivants »²⁴⁵.

Entre les deux classes, comme tiers, les sujets, définis comme « ce qui résulte de la relation et pour ainsi dire, du corps à corps entre les vivants et les dispositifs ». Un individu donné est pris dans plusieurs dispositifs, et est donc le lieu de plusieurs processus de subjectivation. Les biotechnologies seraient attendues par l'homme « pour conjurer son impuissance native à répondre au caractère infini de ses aspirations toujours relancées par son imagination »²⁴⁶ ; mais la biomédecine qui en fait usage semble au contraire une source de contraintes et de restrictions des choix par rapport à d'autres formes plus souples d'incarnation et de subjectivation²⁴⁷.

Mais peut-on seulement modifier notre rapport aux biotechnologies ? Un premier obstacle saute aux yeux : c'est nous qui inventons les biotechnologies, qui les utilisons, qui les appelons de nos vœux, qui les convoquons pour notre plus grand espoir. Autrement dit, elles sont sacrnalisées, elles sont les dieux dont les médecins sont les prêtres : si elles nous convoquent comme nouveaux sujets-médecins, auréolés par les prouesses technologiques, nous y sommes aussi assujettis²⁴⁸. Dans le paysage mental du médecin, elles brillent comme

²⁴⁴ ADORNO Theodor W, *Minima moralia...*, op.cit., p.49.

²⁴⁵ AGAMBEN Giorgio, *Qu'est-ce qu'un dispositif ?*, op.cit. La définition des dispositifs proposée par Agamben est plus large que celle de Foucault : « Stratégies de rapports de force supportant des types de savoir, et supportés par eux » (FOUCAULT Michel, « Le jeu de Michel Foucault - entretien sur *l'Histoire de la sexualité* » (1977), in : *Dits et écrits II. 1976-1988*, Paris, Gallimard, « Quarto », 2001, texte n°206, p. 298-329). Agamben y range en effet aussi bien les prisons que les téléphones portables.

²⁴⁶ LECOURT Dominique, *Humain, posthumain*, Paris, Presses Universitaires de France, « Science, histoire et société », 2003, p.42.

²⁴⁷ WILLIAMS SJ, « Medical sociology and the biological body : where are we now and where do we go from here? », *Health* 2006 ; 10 (1) : 5-30.

²⁴⁸ BUTLER Judith, *La vie psychique du pouvoir*, Paris, Leo Scheer, 2002.

des étoiles scintillantes, comme autant de points de repères fiables dans le diagnostic, comme autant de bouées de sauvetage dans la thérapeutique. L'illusion fonctionne d'autant mieux que les biotechnologies véhiculent l'autorité de la science en tant que savoir du Réel. Bien sûr, dans ces temps de déconstruction, on dira que c'est une fiction dont la vigueur va s'atténuer, mais tout de même, la science n'est pas, ou pas encore, un récit arbitraire parmi d'autres mythes²⁴⁹. J'aimerais, quand je suis requis pour affronter tout à la fois la demande sociale, les impératifs gestionnaires du rendement, les équivoques de la langue et les arcanes du transfert, que la technoscience colonise ce « tout » de la culture qu'elle a constitué comme son reste²⁵⁰. La médecine a trait au *bios*, entendu comme formes de vie prises dans une réalité sociale, langagière, politique. C'est une *tekhnē* et non une science (Cf. chapitre VIII). Les biotechnologies tendent à configurer cette *tekhnē* du bios qu'est la médecine comme une « zoe-mécanique ». Zoe, c'est-à-dire la vie nue, la vie comme si elle pouvait être séparée de son immersion socio-politique, langagière, existentielle, la vie purement biologique²⁵¹. Mécanique ou technologie du *Körper* plutôt que *tekhnē* du *Leib* : or seule la dernière emporte avec elle le jugement esthétique.

Que faire alors avec les biotechnologies ? Les écarter de la pratique ? Laissons-en la responsabilité aux aromathérapeutes et autres chantres des médecines dites douces, dont nous parlerons un peu plus loin. Les utiliser avec justesse ? L'éthique médicale, aujourd'hui volontiers procédurale et consensuelle, semble prendre pied dans ce registre pavé de bonnes intentions : la technique n'est pas dangereuse si on en fait bon usage, il suffit de se mettre d'accord, entre gens de raison. Agamben suggère la profanation comme seule attitude réellement probante. Profaner, c'est-à-dire libérer ce qui a été saisi et séparé dans les dispositifs pour le rendre à l'usage commun²⁵².

Profaner les biotechnologies, ce pourrait être les accommoder, plutôt que de croire que nous devons nous en accommoder. Les accommoder, comme on accomode des restes, c'est-à-dire les rendre à l'usage commun de la position médicale, celle qui se joue « dans le registre du mode de réponse à la demande du malade », comme nous l'avons vu plus haut. Bien sûr, la consultation médicale est aussi un dispositif (comme le langage d'ailleurs...) que nous avons nommé un « praticable ». Quelles figures alors proposer pour la profanation du dispositif des biotechnologies par la médecine ? Ici apparaîtra le triple point de vue qui nous semble pertinent : éthique, érotique et esthétique (Cf. troisième partie).

C.3 QU'EST-CE QUI EST OFFERT ?

Ceci nous oblige à interroger la nature de ce qui est offert dans l'offre de soins. Le plus souvent dans les débats sur la limitation de l'offre, on suppose que l'objet à offrir existe

²⁴⁹ ZIZEK Slavoj, *La subjectivité à venir*, Paris, Flammarion, « Champs », 2006, p. 103.

²⁵⁰ La science s'est donnée, comme le dit Michel de Certeau, « des lieux propres et appropriables par des projets rationnels », elle « n'est plus de type théologique », elle a constitué le « tout », c'est-à-dire la culture, comme son « reste ». DE CERTEAU Michel, *L'invention du quotidien, tome 1, les arts de faire*, op.cit.

²⁵¹ AGAMBEN Giorgio, *Homo Sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*, trad. M. Raiola, Paris, Seuil, « L'ordre philosophique », 1997.

²⁵² AGAMBEN Giorgio, *Qu'est-ce qu'un dispositif ?*, op.cit.

réellement, et que nous avons deux sujets face à face, dans une position duelle, avec entre eux déposé cet objet, dont l'un dit qu'il en a besoin et qui le demande voire l'exige, et que l'autre peut indiquer et prescrire (ou refuser de le faire). On part du principe que l'objet nécessaire est disponible sur le marché. Le médecin est alors ramené à un répartiteur de biens fabriqués et vendus plutôt qu'offerts par l'industrie pharmaceutique²⁵³.

Si on considère l'offre médicale non pas comme centrée sur un objet mais dans le registre de l'offre de service, voire du don de soi-même, la clé d'analyse pourrait bien être celle de l'amour : nous y reviendrons dans la troisième partie. Dans le registre du service, déjà évoqué à propos du pouvoir pastoral, on peut indiquer une limite à l'offre de soins qui est aussi offre de soi-même : ses motifs névrotiques peuvent devenir problématiques car alors l'offre d'amour qu'est le dévouement n'est alors plus un don gratuit mais « un prêt dont on exigera par la suite le remboursement, voire à un taux usuraire »²⁵⁴. Si le pouvoir pastoral ne peut s'exercer sans la connaissance des pensées intimes du sujet, le respect de l'autre, affaire de sobriété et de tact plus que de principe abstrait, fait limite recevable à l'offre de soi(n). Nous le reverrons avec l'étude de la *sôphrosunē*, la limitation de l'offre est aussi limitation de la tutelle bienveillante qui maintient le patient en état de minorité²⁵⁵.

Parce qu'elle accompagne l'entrée du sujet dans la maladie, l'offre médicale apparaît dans sa face obscure comme une prise de pouvoir. Est-ce irrésistible ? En tant qu'il est rétif à l'emprise du savoir médical, l'hystérique enseigne à sa manière les limites de cette prétention. Le corps de l'hystérique est résistance à l'offre de science, résistance à son assignation disciplinaire, résistance qui oppose une limite à l'offre de soins. A l'heure de la volonté de prise en charge globale, l'hystérique montre que le sujet peut encore échapper à ce que cette globalité peut contenir de risque totalisant²⁵⁶. L'offre médicale doit trouver aussi cette limite-là : ne pas vouloir annexer la vérité du sujet, même au nom du discours de vérité que lui fournit la légitimité scientifique.

L'habitus traditionnel du médecin a donc les moyens d'intégrer dans sa pensée propre les notions de sobriété et de limite de l'offre qui sont conformes à son idéal technique (clinique). Resté centré sur la pratique ne protège pas des dilemmes économiques, mais permet de régler sa boussole autrement. Les indications de recours aux examens devraient rester déterminées par une analyse clinique de la situation, à la condition de ne pas être dupe du chatoiement de l'aura des biotechnologies. Sinon, le couperet des restrictions budgétaires s'abattra sans discernement, pour des recommandations génériques qui ne pourront tenir compte de l'ajustement fin à la particularité du cas. L'immixtion de l'économie dans l'univers médical est certes dictée par la nécessité concrète de survie du système de santé, mais cette nécessité ne justifie ni les discriminations sociales de santé, ni la transformation managériale de

²⁵³ FOUCAULT Michel, « Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine ? », art.cit : Les médecins « sont devenus des intermédiaires quasi-automatiques entre l'industrie pharmaceutique et la demande du client, c'est à dire de simples distributeurs de médicaments et de médication ». Notons la proximité avec le propos de LACAN sur les tickets de bienfait : « La place de la psychanalyse dans la médecine », art.cit.

²⁵⁴ ISRAËL Lucien, « De quelques motifs d'inadaptation à la profession médicale », *Le médecin face au désir*, op.cit., p.140.

²⁵⁵ KANT Emmanuel, « Réponse à la question : qu'est-ce que les Lumières ? », op.cit.

²⁵⁶ Voir à ce sujet FOUCAULT Michel, *Le pouvoir psychiatrique, Cours au Collège de France 1973-1974*, Paris, Gallimard/Seuil, « Hautes Etudes », 2003.

l'hôpital qui fabrique des soignants producteurs de soins, ni la promotion du pragmatisme gestionnaire comme nouvelle culture dominante qui transforme le souci en projet, l'intérêt clinique en intérêt économique, la présence à l'autre en activité tarifée, la réflexion sur la limite de l'offre selon des critères cliniques en réduction à l'accès dictée par le calcul. L'avenir dira comment les médecins auront su résister à la transformation organisée de l'univers du soin.

Mais prolongeons encore la réflexion en revenant à la notion de santé. Canguilhem propose que la santé est la vérité du corps, qui

« valide, pour moi-même et aussi bien pour le médecin en tant qu'il est *mon* médecin, ce que l'idée du corps, c'est à dire le savoir médical, peut suggérer d'artifices pour le soutenir »²⁵⁷.

Dans la perspective de l'anthropologie philosophique, Van Spijk propose pour définition de la santé proprement humaine, qu'il identifie à la « grande santé », « l'aptitude²⁵⁸ à vivre une vie qui a du sens »²⁵⁹. On peut se sentir en santé même en cas de maladie chronique, ou encore en souffrant intensément lors d'un accouchement. La petite santé, qui elle peut être animale ou humaine, s'oppose à la maladie, l'infirmité, la blessure. Réciproquement Van Spijk oppose la petite maladie (*disease* ou *illness*) à la grande maladie, expérience d'une crise aux enjeux vitaux ou existentiels. L'avantage de cette double distinction est de ne pas réduire la médecine aux moyens techniques appliqués pour traiter des maladies (au sens de *disease*). Mais ce que l'auteur indique comme extension au-delà de ce domaine restreint est ce qui rapproche la médecine des institutions religieuses et de la spiritualité. Toujours selon Van Spijk, demander et aspirer à une vie qui ait du sens élargit la perspective de la médecine, mais la projette au-delà des limites de ses pouvoirs. La demande de sens émerge quand l'être humain se débat avec ses propres limites, et la médecine doit maintenir patients et publics informés de ses propres limites. Si nous avons bien compris l'intention de l'auteur (qui n'est pas très explicite dans les dernières lignes de son article), et pour revenir à notre propos sur la limitation de l'offre, c'est en indiquant que la médecine est limitée dans ses moyens de traiter les maladies qu'elle pourrait aider le malade à faire sens de son existence limitée par une maladie.

Nous ne pouvons pas nous satisfaire des remarques conclusives de Van Spijk, qui, constatant la limitation des moyens techniques pour répondre à la demande de sens, propose que la médecine soit complétée par une autre discipline (laquelle n'est pas nommée). En effet, si s'avouer impuissant à bien comprendre les problèmes du malade ou à pouvoir le guérir n'est pas incompatible avec son accompagnement dans la durée, – accompagnement qui pourra lui être finalement bénéfique parce qu'il aura appris à vivre avec des limitations de sa normativité (c'est-à-dire qu'il pourra à nouveau en user au maximum de ses capacités effectives plutôt que de concentrer toute son énergie à tenter en vain de surmonter un obstacle qui va perdurer) –, on ne le sait pas à l'avance mais on le découvre chemin faisant. Donc prévenir *a priori* des limitations de son pouvoir (*potestas*), c'est renoncer à tout pouvoir

²⁵⁷ CANGUILHEM Georges, « La santé : concept vulgaire et question philosophique », art. cit., p.63-64.

²⁵⁸ Nous traduisons « ability » par aptitude plutôt que par capacité, faculté ou compétence.

²⁵⁹ VAN SPIJK Peter, « On human health », *Medicine Health Care and Philosophy* 2015; 18:245-51.

(*potentia*) thérapeutique. S'il peut s'avérer utile de ne pas entretenir un malentendu criant, encore faut-il un certain tact pour que le malade ne se sente pas abandonné avant même d'avoir essayé. De plus, la demande initialement exprimée – inextricablement liée à des besoins – n'est pas la demande qui s'épure au fil des rencontres. Si, dans une situation de maladie chronique invalidante, un malade peut passer de la petite santé à la grande santé (pour reprendre les termes de Van Spijk), n'est-ce pas aussi parce qu'un médecin aura reconnu, dans la maladie, une petite et une grande maladie, non pas séparées par souci didactique, mais faisant la paire ? Ce travail de longue haleine spécifie le travail médical, pas celui d'une discipline complémentaire hypothétique (dont les praticiens seraient des gourous de la grande santé ? des psychothérapeutes ? des directeurs spirituels ou des ministres d'un culte ?) qui ne saurait rien des besoins et des fonctions du corps et qui mais saurait comment répondre à la demande de sens. Nous l'avons dit dans le chapitre consacré à la demande : il est de la fonction médicale d'amener le sujet aux questions vitales de son existence. Sans compter que dans de nombreux cas, le diagnostic différentiel reste précisément indécidable, comme nous l'avons indiqué en parlant de la multivalence des traces corporelles. S'il s'agit d'une souffrance psychique, ou d'une somatisation, la dissociation ne fonctionne pas. Le développement de la technologie médicale est un des pourvoyeurs de la demande de sens. Voici deux illustrations des problèmes concrets posés dans la pratique.

Zoe consulte car son médecin traitant et elle se trouvent devant une énigme. Elle connaît depuis six mois une recrudescence de symptômes (douleurs cervicales postérieures irradiant dans les épaules, fatigue, douleurs des genoux, difficultés d'attention, de mémoire, d'accommodation visuelle) qui avaient, deux ans plus tôt, conduit à diagnostiquer une maladie de Lyme, et qui avaient disparu sous antibiotiques. Le médecin a entrepris à nouveau une cure prolongée avec le même antibiotique, en s'appuyant sur l'expérience passée. Mais la signature biologique d'une évolutivité de la maladie manque à marquer la rechute. De plus, l'antibiotique prescrit n'est pas réputé agir très efficacement sur ce genre de manifestations, quand on peut les attribuer à la maladie de Lyme. Lors de la première période symptomatique, Zoe avait tout mis sur le compte de graves difficultés personnelles : un divorce tumultueux, un harcèlement au travail, des dépenses d'énergie physique dans la pratique sportive (hors normes). C'est l'apparition de difficultés de mémoire qui l'avait motivée à consulter quand même, car elle craignait, malgré son jeune âge (à peine la cinquantaine), un début de maladie d'Alzheimer. Le bilan avait alors indiqué la possibilité d'une maladie de Lyme avec une sérologie très positive, même si l'analyse critique de l'ensemble laisse un doute sur l'exactitude de l'hypothèse. Toujours est-il que le traitement antibiotique inadapté et le repos avaient précédé une amélioration de l'ensemble. Une imagerie cérébrale par IRM mentionnait de multiples micro-foyers de démyélinisation de la substance blanche, et « la possibilité d'une minime discrète atrophie hippocampique »²⁶⁰. Un an plus tard, une IRM de contrôle, présentant les mêmes images, est interprétée comme normale. La sérologie de Lyme montrait une très nette réduction du taux d'anticorps et la patiente ne se plaint plus. L'anamnèse et l'examen clinique suggèrent d'autres accroches organiques : des postures inadaptées lors de la pratique sportive et sur le lieu de travail, une irritation du cordon médullaire par de l'arthrose cervicale.

Etant donné que le mode de vie de Zoe, ou plutôt sa manière d'être au monde implique uniment des postures corporelles, des performances physiques, des fonctions qui se modifient avec l'âge, la ménopause, les conséquences physiques de la mise en jeu

²⁶⁰ L'atrophie hippocampique est rapportée dans la maladie d'Alzheimer. On note au passage les précautions sémantiques du radiologue, probablement influencées par les renseignements cliniques fournis.

Chapitre VI

corporelle du quotidien, des contacts avec la nature (et des tiques infectées par *Borrelia*), des choix de vie amoureuse et leurs avatars, des choix de vie professionnels (plus ou moins contraints), des rencontres avec la médecine et les résultats anormaux des examens, il nous semble présomptueux de délimiter une division du travail entre la médecine et une discipline additionnelle. Entendons-nous bien : il ne s'agit pas d'avancer que la médecine répond à la demande de sens. Mais c'est le médecin qui a la tâche d'aider le malade à s'orienter dans la forêt obscure. Non pas qu'il dispose à l'avance du chemin vers la sortie, mais pas davantage il ne saurait dire à l'avance quelles sont les voies qu'il ne saurait emprunter au motif qu'elles ne relèvent pas des compétences techniques de la médecine.

Voici un autre cas, plus ancien, qui illustre les impasses possibles de la « division du travail » et de l'annonce explicite des domaines de compétence distincts entre la médecine rabattue sur une technoscience et ce qui se rapprocherait d'une herméneutique.

Sidonie est envoyée par son généraliste. Elle est très fatiguée, sans qu'elle sache pourquoi. Le début a fait suite à une forte grippe, dont elle ne s'est pas remise. Épuisée de fatigue et ressentant des douleurs musculaires et articulaires intermittentes, elle a terminé l'année scolaire « sur les rotules », à tel point qu'elle s'est trouvée déprimée, et qu'elle pleurait tout le temps. Comme les analyses sanguines étaient normales, le moment était venu d'aller consulter un psychiatre, spécialiste supposé des échecs de la vie riche de sens, et donc de la « grande maladie » quand elle s'exprime ainsi par des troubles de l'humeur. Ce qui fut fait. Un diagnostic de dépression a motivé la prescription simultanée de trois psychotropes. Sidonie va chez le psychiatre une fois par semaine, mais comme elle ne va pas mieux après trois semaines, son médecin songe à nouveau à la possibilité d'une maladie organique qu'il n'aurait pas décelée, et l'adresse à la consultation de médecine interne.

La première consultation me met en présence d'une jeune femme d'une trentaine d'années, timide. « Quand situez-vous le début de vos soucis de santé ? ». Surprise ! Je m'attendais à ce qu'elle reprenne, avec ses mots à elle, une histoire qui avait commencé avec cette sorte de grippe en début d'année. Mais non : tout a commencé à 17 ans, après un accident sportif entraînant un sérieux traumatisme et une hospitalisation prolongée. Depuis, plus rien n'était comme avant et elle se sentait très fragile, vulnérable. Elle « tenait plus ou moins le coup ». Juste avant cette fameuse grippe son affectation professionnelle (dans le travail social) avait changé, et elle trouvait éprouvant de prendre des décisions lourdes de conséquences pour les bénéficiaires en grande difficulté qu'elle était amenée à rencontrer tout au long des journées. La vie conjugale était tendue et un projet de grossesse différé par la fatigue.

Tant de déterminations pouvaient rendre compte de cet état de fatigue, et comme elle venait de débiter une psychothérapie avec un psychiatre, les conditions semblaient réunies pour que la part subjective des symptômes physiques ne soit pas refusée. L'examen physique était normal. Je la rassurai donc sur l'absence apparente d'une « disease » corporelle. L'état infectieux viral peut occasionner une fatigue assez prolongée quand il survient sur une condition fragile. Pour moi il n'y avait pas nécessité de pratiquer de nouvelles analyses sanguines ou radiologiques.

Aussi fus-je étonné de la revoir quelques semaines plus tard. Sidonie avait connu une période d'amélioration au point qu'elle avait pu reprendre son travail. Mais après quelques jours, elle était à nouveau anormalement fatiguée. Je m'enquiers du suivi chez le psychiatre. Sidonie n'y allait plus, après qu'il lui ait dit, au bout de six semaines, qu'elle n'était en fait pas déprimée et que son état ne relevait pas de sa compétence. Les médicaments anti-dépressives avaient été interrompues. Son médecin généraliste insistait donc pour trouver la probable origine organique de ses troubles. En reprenant l'anamnèse et en examinant de près les différentes analyses effectuées au fil des mois, je songeais

qu'il faudrait éventuellement vérifier le dosage de la calcémie, la fonction rénale, voire même les taux d'hormones thyroïdiennes et surrénaliennes. Les leucocytes avaient été transitoirement abaissés, j'avais estimé qu'il s'agissait probablement des suites de l'infection, et cela méritait aussi éventuellement un contrôle. Cependant, toutes ces analyses m'étaient apparues précédemment comme un détour inutile. L'examen physique est toujours parfaitement normal. J'explique à Sidonie dans quel esprit je demande un contrôle sanguin, en lui disant qu'un résultat pathologique motiverait certes un bilan complémentaire, mais que même une telle éventualité ne saurait expliquer la fatigue.

Elle rétorque « je comprends ce que vous dites, mais le psychiatre a dit que ce n'était pas de la dépression ». – « Il ne faut peut-être pas appeler cela dépression ? », lui dis-je. En lui rappelant quelques éléments qu'elle avait avancés lors de la première consultation, je suggérais qu'il y avait des pistes d'explications pour comprendre ses symptômes qui ne pouvaient être confirmées par des analyses biologiques. Comme elle en convenait volontiers, je l'interrogeai sur ce qu'elle avait pu découvrir de plus au cours des entretiens avec le psychiatre. Nouvel étonnement. Il se serait limité à quelques questions sur son sommeil et son appétit. La première fois il avait décrété qu'elle était dépressive, puis qu'elle ne l'était plus. Je témoigne de mon embarras en lui disant d'un ton amusé : « le psychiatre dit que c'est organique, et le médecin interniste pense que c'est subjectif ». Nous convenons alors d'un prochain rendez-vous. Entre-temps elle aura fait les analyses prescrites. Sidonie est revenue trois fois. A chaque consultation elle commençait par aborder ses symptômes physiques, qui allaient doucement vers l'amélioration, et parlait d'elle, d'autres symptômes qu'elle trouvait bizarres, comme de se retrouver dans la rue, perdue, ne sachant pas si elle allait avoir la force de rentrer chez elle. Je lui proposai d'entreprendre alors un travail plus systématique, si elle souhaitait approfondir les questions qu'elle soulevait. Faudra-t-il alors se rendre chez un « psy » ? J'indique ma disponibilité pour travailler avec elle. Elle veut bien, « puisque vous me connaissez déjà, ça m'évitera de répéter ce que j'ai déjà dit ». J'indique alors les conditions nouvelles (prise de rendez-vous, bureau de consultation) dans lesquelles je lui propose de venir désormais, pour signifier concrètement un changement de registre. Lors de l'entretien suivant, elle déclare son malaise. Elle a la désagréable impression d'être « à nouveau saucissonnée », et qu'elle se trouve renvoyée au seul domaine psychologique, et que je ne m'occuperai plus de ce qui ne va pas physiquement. Elle amènera cependant beaucoup d'éléments biographiques qui auraient mérité d'être repris et qui étaient susceptibles d'éclairer cet état de fatigue, mais elle n'a pas voulu revenir...

Ce que je qualifie aujourd'hui d'« erreur technique » trouve son écho dans l'ambivalence de la demande du malade, dont le médecin devrait se faire la dupe provisoire. J'avais cru trop vite avoir trouvé un chemin pour sortir de la forêt obscure, alors qu'il fallait admettre de rester encore désorienté. On y voit à juste titre une mauvaise appréciation du *kairos*, mais n'est-ce pas le risque auquel se trouve exposée toute délimitation *a priori* des domaines de compétences et de la limitation de l'offre ?

Le médecin se trouve souvent dans cette situation de pencher pour la non-organicité, mais avec la crainte de laisser passer une cause organique. Combien de fois n'ont-ils pas entendu au cours de leurs études des histoires marquantes de soi-disant hystériques chez qui quelqu'un finissait par découvrir le pot-aux-roses organique, ou d'hypocondriaques finalement opérés de la tumeur dont ils se prétendaient atteints ? De plus, aboutir au diagnostic de non-organicité risque de le laisser dans l'embarras, de ne plus savoir que proposer, faire, tant il est vrai que « l'objet à donner » (ordonnance, examens complémentaires, ou tout simplement avis diagnostique) peut lui être devenu indispensable, même s'il n'en a pas conscience.

Rester dans le cadre de la consultation de médecine aurait été probablement plus judicieux. C'est dans ce cadre qu'elle avait commencé à s'interroger à partir de symptômes

physiques. Bénéfice de la maladie corporelle de légitimer la demande de sens. La traiter selon une division préétablie (psyché/corps, ou petite/grande maladie, dans les termes de Van Spijk²⁶¹) qui renvoie à d'autres divisions (demande illégitime/légitime, petite santé/grande santé) risque de ne mener qu'à une impasse. Comment en sortir, si ce n'est en déjouant aussi ce paradigme ?

Tel est le corps qui a lieu dans la clinique, et qui dès lors doit avoir son lieu. Dans la division du travail suggérée par Van Spijk, le patient n'attend du spécialiste de la grande santé aucune réponse au plan somatique de la petite santé. Mais encore faut-il que la grande santé soit détachable de la petite santé dont s'occuperait le technicien de la machine corporelle. Le changement de cadre proposé à Sidonie ébrèche brutalement cette évidence, lui révélant quelque chose de sa demande au-delà du besoin de soins, qui n'était pas assumable comme tel, à ce moment-là. Van Spijk dirait peut-être que j'aurais dû me cantonner à mon rôle de médecin technicien : aurais-je dû me contenter de lui signifier que son corps était en bonne « petite santé », indemne de *disease* ? C'était ma réponse lors de la première consultation, respectant en quelque sorte la division du travail qui était instaurée, et c'est ensuite dans le rôle de spécialiste (désigné tel par le médecin traitant) des *disease* corporelles qu'une compréhension de l'*illness* venait au jour et que l'interrogation sur le sens de la vie commençait à se creuser. Mais manifestement elle avait encore besoin d'un pré-texte pour engager sa parole comme telle. Toutefois, il y a dans cette dernière affirmation un préjugé : comme si le pré-texte n'avait qu'une importance mineure, comme si le corps était secondaire dans l'être-au-monde. Avec l'expérience, la division s'estompe. Le médecin pourrait revendiquer n'être que le spécialiste des affections du corps, en donnant aux mots « affection » et « corps » toute leur étendue sémantique.

Dès lors, comment répondre à la question initiale ? Est-il recevable et acceptable de limiter l'offre de soins ? Elle débute par une enquête qui remonte vers l'enchaînement complexe des causes qui puissent rendre compte de l'état de maladie ressentie. Même si ce n'est pas sous la forme d'une lésion (*disease*) certaines fonctions corporelles vitales (qui ne se résument pas au seul maintien de l'homéostasie de l'organisme) sont suffisamment altérées pour solliciter l'aide du médecin. Le médecin a acquis une familiarité avec les affections corporelles, si tant est qu'il ne s'en est pas interdit l'expérience par avance, en délimitant strictement et *a priori* son champ d'exploration.

Nous écrivions plus haut qu'il fallait peut-être penser une pratique médicale qui saurait assumer, voire revendiquer ses propres insuffisances, son inadéquation foncière à la performance, comme condition de son efficacité. Et on pourrait penser que c'est exactement ce que préconise Van Spijk. Il nous faut maintenant préciser : laisser à désirer, ce n'est pas faire accroire qu'ailleurs, par des spécialistes *ad hoc*, sera fourni le sens de l'existence. Laisser à désirer, ce n'est pas non plus éconduire le patient dès les premiers instants, en recadrant le domaine dans lequel il pourra formuler une demande légitime.

²⁶¹ VAN SPIJK Peter, « On human health », art.cit.

D. « CE QU'ON ATTEND DE NOUS, C'EST QU'IL SOIT POSSIBLE DE DEPENDRE DE NOUS ».

Explorons encore des aspects de cette crise des pouvoirs, en abordant la relation médicale sous l'angle de l'antinomie apparente entre dépendance et liberté. Dans une conférence de 1970, prononcée pour des médecins et des soignants, le pédiatre et psychanalyste Donald Winnicott dit ceci :

« Ce qu'on attend de nous, c'est qu'il soit possible de dépendre de nous. (...) Il n'est pas question de contester ici la valeur d'un remède efficace. (Si je ne suis pas infirme et si ma femme est encore en vie, c'est grâce à la pénicilline, par exemple). (...). Je parle de la tendance naturelle des médecins et des personnes soignantes à répondre aux besoins de dépendance des malades, mais je m'exprime alors en termes de santé : c'est une dépendance naturelle de l'individu immature, qui incite les figures parentales à réunir les conditions qui favoriseront la croissance individuelle »²⁶².

Cette phrase semble prendre à contre-pied certains des développements sur l'antinomie entre tutelle et autonomie dont nous nous sommes fait l'écho plus haut. Pour entrer dans le cœur de la question qu'elle oblige à examiner, nous ferons un détour par les médecines alternatives, car elles ont le mérite de l'exposer à ciel ouvert. Elles exposent à leur manière aussi la crise épistémologique et celle de la limitation de l'offre de soins.

D.1 FIABILITE ET DEPENDANCE

Nous proposons la double hypothèse suivante, à propos du succès contemporain des « autres médecines » : premièrement, ces dernières semblent faire fonds sur la méconnaissance par la biomédecine de ce que les gens attendent de nous, en-deçà ou au-delà des remèdes efficaces ; deuxièmement, elles installent une dépendance durable, en quoi elles contreviennent à Winnicott, pour qui la dépendance naturelle n'est qu'une étape dans la croissance individuelle.

Je m'appuie sur un numéro spécial de la revue *Inexploré*, revue de l'Institut de Recherches sur les Expériences Extraordinaires (INREES), qui se présente comme pionnière du monde de demain²⁶³. Ici aussi, l'exemple est la chose même. Nous découvririons par petites touches, venant de nombreuses disciplines ou courants de pensée différents, les reflets d'une réalité plus grande que celle que nous tenions pour la plus solide. Il serait temps de prendre « pleine conscience » que « tout affecte tout », que « tout est connecté », que « chacune de nos pensées affecte le monde entier », etc. Ce serait « si révolutionnaire ». Dans ce numéro consacré à la nouvelle conscience, la médecine n'est pas au premier plan, bien qu'on y évoque les psychothérapies de la pleine conscience, la transe hypnotique, le TIPI (technique d'identification sensorielle des peurs inconscientes), la cohérence cardiaque, la

²⁶² WINNICOTT Donald W, « Cure », in : *Conversations ordinaires*, Paris, Gallimard, « Folio essais », 1988. Texte repris et commenté dans MARIN Claire, WORMS Frédéric (dir), *A quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott*, Paris, Presses Universitaires de France, « Questions de soin », 2015.

²⁶³ REVUE *Inexploré*, Le magazine de l'INREES. *Une nouvelle conscience*, Hors-série n°1, novembre 2012.

végétothérapie, mais aussi, les médecines traditionnelles, chinoise ou indienne, les soins énergétiques, la médecine quantique, le décodage biologique, etc. Ce recyclage de quelques vieilles lunes (la médecine traditionnelle chinoise ou l'hypnose ne datent pas d'hier) me fait suggérer ceci : ce mouvement, qui intègre si facilement les « autres médecines » n'est pas révolutionnaire, mais réactionnaire, en tant qu'il se présente grossièrement comme une réaction saine, nécessaire et urgente à l'étroite rationalité scientifique et à l'étroite insistance sur l'individu, autrement dit, comme une démarche opposée à celle qui fut celle des Lumières, dont la devise a été, on le sait, « Sapere aude », ait le courage de savoir, ose penser par toi-même, plutôt que de laisser des tuteurs, fussent-ils bienveillants, te dicter comment vivre²⁶⁴. Mais nous insisterons sur le lien entre thérapeute et patients.

Dans la bouche d'un médecin interviewé dans ce numéro de la revue *Inexploré*, le lien entre thérapeute et patients est essentiel. La question qui lui est posée est celle-ci : au-delà de l'acupuncture et de l'hypnose qui commencent à entrer à l'hôpital, que pouvez-vous dire (...) de ces autres voies thérapeutiques dont il est souvent question : chamanisme, guérisseurs, soins énergétiques, médecine quantique, décodage biologique... Sont-elles un fourre-tout ou bien comportent-elles un intérêt ? Voici la réponse du Dr Janssen :

« Dans toutes ces approches²⁶⁵, ce qui est positif c'est qu'elles créent du lien entre les thérapeutes et leurs patients (...) Très souvent, on se rend compte que quelle que soit la voie thérapeutique choisie, la confiance dans son efficacité est primordiale ».

Revenons à Winnicott et à cette phrase énigmatique à première vue : « Ce qu'on attend de nous, c'est qu'il soit possible de dépendre de nous »²⁶⁶. C'était une conférence destinée à des médecins et des soignants. Winnicott a alors 74 ans et s'appuie sur une longue expérience pour proposer une réflexion sur la philosophie qui sous-tend la pratique médicale, à partir du mot *Cure*. Ce terme signifie à la fois soins, cure, traitement, guérison. A l'origine dans la langue anglaise, *cure* signifiait *care*, le soin, l'intérêt, l'attention, pour être employé par la suite davantage dans le sens de traitement médical, d'éradication de la maladie et de sa cause. Winnicott rappelle l'importance des deux dimensions pour le médecin praticien, qu'il soit généraliste prenant soin du patient (mais devant connaître aussi les remèdes), ou qu'il soit spécialiste technicien (qui ne doit pas oublier de prendre soin du malade). Mais surtout, il pose cette question à tous :

« Qu'est-ce que les personnes attendent de nous, qu'attendons-nous nous-mêmes de nos collègues quand nous sommes immatures, malades ou vieux ? Ces états [...] engendrent de la dépendance. Ce qu'on attend donc de nous, c'est qu'il soit possible de dépendre de nous. On demande aux médecins, mais aussi aux infirmières et aux travailleurs sociaux, d'être humainement (et non mécaniquement) fiables, on veut que cette fiabilité (cette possibilité de dépendre de nous) fasse partie de notre attitude générale »²⁶⁷.

²⁶⁴ KANT Emmanuel, « Réponse à la question : qu'est-ce que les Lumières ? », op.cit.

²⁶⁵ Le Dr Janssen, partisan d'une perspective intégrative des « autres médecines » est par ailleurs très prudent par rapport à certaines branches, comme la médecine quantique, le décodage biologique, qui sont à ses yeux, des pratiques douteuses, on le comprend à demi-mot.

²⁶⁶ WINNICOTT Donald W, « Cure », op.cit.

²⁶⁷ MARIN Claire, WORMS Frédéric (dir), *A quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott*, Paris, Presses Universitaires de France, « Questions de soin », 2015, p.23.

A aucun moment il ne conteste la valeur de l'efficacité des remèdes et des techniques, par exemple la technique chirurgicale, mais son propos se centre sur « la rencontre de la fiabilité avec la dépendance »²⁶⁸, dont il fait le cœur, la spécificité de cette relation. S'appuyant sur ce que la psychanalyse lui a apporté dans son travail de pédiatre puis de psychiatre d'enfants, il dit ceci : « la psychanalyse (...) offre à la confiance un cadre professionnel »²⁶⁹.

Je n'entends pas ici détailler l'ensemble du texte de Winnicott, mais piocher quelques fragments significatifs. Endosser le rôle de celui qui prend soin, qui s'intéresse à l'autre malade et dépendant, a des conséquences, dont celle-ci :

« Nous ne mentons pas, nous disons que nous ne savons pas quand nous ne savons pas ; une personne malade ne supporte pas que nous ayons peur de la vérité »²⁷⁰.

On pourrait discuter longtemps sur ce que signifie ici *savoir*, mais il me semble que suggérer un effet quantique, un diagnostic énergétique ou encore la mémoire de l'eau, sont des façons peu glorieuses de masquer la peur de la vérité du non-savoir. Inversement, ne pas savoir (tout) et le dire ne doit pas entraîner comme conséquence de faire porter au malade la responsabilité du choix thérapeutique. Il arrive fréquemment, pour des opérations courantes (par exemple, sur des varices des membres inférieurs) que soit facultatif le mode d'anesthésie, générale ou péridurale. Un malade informé des avantages et des inconvénients manquera toujours de l'expérience qui permettrait d'avoir une raison décisive de choisir, et ce n'est pas attenter à ses droits que de répondre (fiabilité) à sa demande de conseil (dépendance située et locale). Oui, nous ne *savons* pas, car l'incertitude n'est pas levée par l'expérience acquise, mais nous sommes habitués à pouvoir agir sans posséder un savoir complet. Plus l'exigence d'*accountability* se fera pressante, et moins les médecins assumeront de demeurer fiables en zone d'incertitude.

Etre fiable professionnellement signifie aussi pour Winnicott que nous ne provoquons ni l'amour ni la haine, et que nous n'attendons pas des relations professionnelles des satisfactions émotionnelles d'amour ou de haine²⁷¹. La dépendance alimente puissamment le transfert, dont un usage sobre est une marque de fiabilité professionnelle.

La rencontre de la fiabilité et de la dépendance impose aussi au professionnel de s'aviser de ce qui se joue en termes d'attentes, d'espoirs, de peurs, du côté du malade. Winnicott précise à ce propos que les exorcistes et les « guérisseurs », quant à eux, n'ont pas besoin de cette aptitude ni de cultiver cette disposition²⁷². Autrement dit, exorcistes et « guérisseurs » ne jouent pas la même partie²⁷³. Que veut dire Winnicott ? Nous en sommes réduits à une conjecture: pour l'exorciste ou le « guérisseur » la relation en tant que telle n'a aucune importance, elle s'efface derrière la croyance *a priori* dans la puissance divine ou magique,

²⁶⁸ Ibid, p.24.

²⁶⁹ Cela peut faire écho à ce que disait Lacan quelques années plus tôt (1966) : « Si le médecin doit rester quelque chose, qui ne saurait être l'héritage de son antique fonction qui était une fonction sacrée, c'est pour moi, à poursuivre et à maintenir dans sa vie propre la découverte de Freud » (LACAN Jacques, « La place de la psychanalyse dans la médecine », art.cit.).

²⁷⁰ MARIN Claire, WORMS Frédéric (dir), *A quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott*, op.cit., p.29.

²⁷¹ Ibid., p.30. Cf. les chapitres XII et XIII.

²⁷² Ibid., p.31.

²⁷³ Mais le médecin peut être tenté de jouer au guérisseur. Voir le Chapitre III.5.

croyance dont la mise en cause (côté possédé ou côté chaman) ruinerait définitivement cette puissance supposée.

La fin de la conférence établit le parallèle entre le concept de *care-cure* et ce concept de *holding* qu'il a lui-même élaboré, soit cet environnement facilitant qui commence dans l'utérus maternel et qui permet la croissance et la maturation de l'enfant, le développement de son identité²⁷⁴. Ce parallèle permet de comprendre un enjeu crucial. S'il y a une « tendance naturelle des médecins et des personnes soignantes à répondre aux besoins de dépendance des malades »²⁷⁵, la perspective à ne pas oublier est bien celle de l'issue de l'immaturité et de la sortie de la dépendance. Comment configurer notre praticable pour ne pas maintenir la personne soignée dans cet état de dépendance, mais lui offrir les moyens de son émancipation ?

Tirons quelques déductions de ce qui vient d'être rappelé :

Si la médecine oublie ce rôle absolument fondamental de s'offrir comme lieu de fiabilité pour accueillir la dépendance qui naît de la fragilité/vulnérabilité dans laquelle nous plonge l'état de maladie, elle alimente d'un courant puissant l'essor des « autres médecines ». Les malades ont besoin de remèdes, certes, mais pas toujours et surtout pas délivrés de manière machinique ou machinale, ce qui tient trop souvent lieu de fin de non-recevoir. Les médecins se sont rendus coupables d'une réduction et d'un oubli. Réduction de la fiabilité de leur art à l'efficacité prouvée des techniques qu'ils emploient. Oubli de cette dimension fondamentale de la confiance qui répond à un besoin qu'on ne saurait assimiler à une exigence de technicité. On peut aller jusqu'à dire que la confiance a été frappée de désuétude.

« *Désuet* désigne un emploi passé de nos énergies et de nos talents, désormais non pratiqué, devenu plutôt bizarre. Il en reste les techniques et les règles, c'est-à-dire la grammaire. Mais cette grammaire se réduit à un reliquat psychologique parce qu'elle est séparée de l'usage effectif »²⁷⁶.

Or, comme le dit Canguilhem, la solitude angoissée du malade est

« hantée de représentations (...) au premier rang desquelles vient l'image populaire de l'homme bienfaisant, capable de délivrer du mal, guérisseur ou médecin ou les deux à la fois »²⁷⁷.

Ces « autres médecines » méritent me semble-t-il la réciproque de la critique. La plupart d'entre elles ignorent délibérément les mécanismes de leur efficace. Bien sûr on peut créditer une manipulation vertébrale de décoincer muscles et tendons, une plante judicieusement administrée d'exercer des effets pharmacologiques bénéfiques, une aiguille bien plantée de stimuler le rétrocontrôle si subtil des afférences douloureuses. Mais si ce n'est pas, du point de vue des praticiens eux-mêmes, la voie principale de l'effet thérapeutique, ce dernier ne relève-t-il pas alors davantage du mode de réponse apportée à la quête éperdue de confiance, que d'une improbable manipulation d'énergies cosmicoquantiques ? Ces « autres médecines » se rendent elles aussi coupables d'une réduction et d'un oubli. Réduction de l'efficacité si

²⁷⁴ Ibid., p.34.

²⁷⁵ Ibid., p.35.

²⁷⁶ VIRNO Paolo, *L'usage de la vie...*, op.cit., p.27.

²⁷⁷ CANGUILHEM Georges, « Puissance et limites de la rationalité en médecine », art.cit., p 410.

elles freinent l'accès des malades aux remèdes éprouvés. Oubli du rôle qu'ils endossent lorsqu'ils prétendent ne faire qu'un usage modeste de puissances mystérieuses contenues dans les objets qu'ils emploient, alors qu'ils manipulent sans aucune vergogne quoiqu'ils s'en défendent la puissance non mystérieuse de la dépendance. « La confiance fonde sa valeur sociale dans l'effet exceptionnel qu'elle exerce : elle lève, dissipe, suspend l'incertitude »²⁷⁸.

Dans l'hypothèse où ceci s'avère exact, il devient légitime de poser cette question à quiconque prétend s'offrir *professionnellement*²⁷⁹ au besoin de fiabilité : quel usage est-il fait de cette rencontre si essentielle entre fiabilité et dépendance ? L'abandon de cet usage par certains techniciens de la biomédecine a comme correspondant spéculaire l'usage abusif, l'exploitation de la dépendance du côté de certaines contrefaçons. Bien sûr on trouvera d'authentiques guérisseurs qui n'ont pas à manipuler le transfert tellement l'adepte est halluciné, comme on trouvera des techniciens capables de transformer les molécules chimiques (ou une intervention chirurgicale) en panacée voire en hostie, entretenant aussi la dépendance des malades à leur égard.

Ce lien dépendance/fiabilité n'est pas mystérieux, mais il est redoutablement compliqué et subtil. Nous avons exposé dans la première partie certains méandres de la demande. Par exemple, le malade ne demande pas toujours à être débarrassé de sa condition. Comment cette difficulté par exemple est-elle traitée par un médecin « conventionnel », par un « homéopathe », par un « acupuncteur » ? Nous avons dit aussi combien l'émancipation est difficile, parce qu'il est confortable d'être sous tutelle, surtout si elle est bienveillante : comment le médecin, quelle que soit son obéissance, s'en arrange-t-il ? Prolongation de la tutelle, ou *holding* provisoire qui aménage les conditions de son abandon ? Dernier exemple de difficulté subtile : on peut glisser facilement de la notion de rencontre entre dépendance et fiabilité, à la perspective d'un échange intersubjectif entre malade et médecin. Le malade fait en quelque sorte don de sa demande, et satisfait alors ce que Winnicott nomme la « tendance naturelle du médecin », tendance à répondre aux besoins issus de la dépendance. Réciproquement, le médecin peut être en recherche et en demande du type de patients qui lui permettront de mettre en œuvre avec succès ses capacités de thérapeute, et ce d'autant plus que ces patients auront la politesse, le tact, ou le flair de répondre favorablement à ces thérapies, au moins jusqu'à la prochaine plainte qui nécessitera un changement de granules. Cette version intersubjective de l'échange (Cf. chapitre XI) qui me semble particulièrement marquée chez les malades consommateurs voire partisans farouches de ces « autres médecines », conduit à des couples malade/médecin qui fonctionnent assez harmonieusement²⁸⁰ et sur la longue durée, mais bien sûr expose à la dé-mesure paternaliste. Elle s'autorise de ce que le malade persuade le médecin qu'il possède bien ce qui viendrait le compléter et contribuer à son bien-être. Or, « à persuader l'autre qu'il a ce qui peut nous compléter, nous nous assurons de pouvoir continuer à méconnaître précisément ce qui nous manque »²⁸¹. Autre manière de dire que suivre un gourou est une histoire de longue haleine.

²⁷⁸ KARPIK Lucien, *L'économie des singularités*, op.cit., p.83.

²⁷⁹ J'insiste sur le terme « professionnellement » en tant qu'il implique des obligations dont devraient être dispensés tous ceux qui n'entendent pas faire profession d'être médecin dans leurs pratiques thérapeutiques.

²⁸⁰ Cf. Canguilhem et la rareté de l'harmonie dans le couple médecin-malade, que nous verrons plus loin.

²⁸¹ LACAN Jacques, *Les quatre concepts...*, op.cit., p.121.

D.2 DEPENDANCE ET LIBERTE.

Poursuivons le questionnement sur le pouvoir médical et l'autonomie du malade, en faisant à présent l'hypothèse que médecin et malade, tout en étant dépendant l'un de l'autre, et chacun assujéti à toutes sortes de prescriptions normatives, aspirent à la liberté dans la méconnaissance de ce qui les détermine²⁸².

Il est fréquent de présenter une opposition frontale entre l'autonomie du malade et la liberté du médecin. Celle-ci est une valeur professionnelle ancestrale. Nous avons vu que la demande d'autonomie était bien plus complexe que le seul désir de s'affranchir de la tutelle médicale taxée de pouvoir exorbitant. Cette autonomie recouvre notamment la liberté d'exprimer des préférences et la liberté au sens du libre arbitre, que Spinoza tenait pour une illusion. L'appendice de la première partie de *l'Ethique* est bien connu :

« Les hommes se croient libres parce qu'ils ont conscience de leurs volontés et de leurs désirs, et qu'ils ne pensent jamais, même pas en rêve, aux causes qui les déterminent à désirer et à vouloir, faute de les connaître »²⁸³.

Dans la médecine d'aujourd'hui, l'illusion du libre arbitre nous semble être le moteur d'une pratique assez curieuse du consentement éclairé. A partir du moment où le malade informé a signé un formulaire, il a donné son autorisation même si le temps de comprendre ne lui a pas été accordé. On voit beaucoup trop de consentements de surface. D'un côté on traite le malade comme un esclave, de l'autre on feint de prendre sa signature pour l'indice de sa liberté/autonomie²⁸⁴.

Dans *Le Politique* de Platon la figure du médecin est donnée en exemple du savoir/pouvoir de *l'epistemon* que devrait être l'homme politique idéal, *epistemon* qui sait ce que chacun doit faire parce qu'il possède le vrai savoir :

« Les médecins, nous ne les tenons pas moins pour des médecins, qu'ils nous soignent de gré ou de force, qu'ils pratiquent des incisions, des brûlures, ou nous infligent quelque autre traitement douloureux, qu'ils utilisent des formules écrites ou non (...). Nous n'hésitons pas le moins du monde à les appeler "médecins", tant que les ordres qu'ils donnent relèvent d'une *tekhnē* et tant que, nous purgeant et nous faisant maigrir ou grossir par un moyen ou par un autre, ils le font seulement pour le bien du corps, le faisant passer d'un état pire à un état meilleur, et tant que, tous autant qu'ils sont, ils assurent la sauvegarde des patients à qui ils dispensent leurs soins »²⁸⁵.

Les ordres du médecin ne sont donc pas arbitraires ; d'autre part ce ne sont pas des recettes de cuisine qui sont là pour plaire mais ils sont ordonnés au bien, c'est le second critère²⁸⁶. Mais ce pouvoir descendant – fût-il bienveillant – ne convient plus aujourd'hui.

Si l'homme dispose d'une raison qui lui permet de découvrir par lui-même des vérités²⁸⁷, et que raison et liberté vont de pair, il n'en reste pas moins que, maintenue dans l'enfance,

²⁸² Une première version de ce paragraphe a été publiée dans WEBER Jean-Christophe, *La consultation*, op.cit., chapitre « Un médecin libre pour un homme libre ».

²⁸³ SPINOZA Baruch, *Ethique*, trad. B. Pautrat, Paris, Seuil, « Points », 2010, p. 83 sq. (E I, appendice)

²⁸⁴ Ces pratiques sont en quelque sorte l'autre écueil de ce que nous avons exploré au chapitre précédent.

²⁸⁵ PLATON, *Pol.*, 293b-c (nous soulignons).

²⁸⁶ On trouve le même argument dans le *Gorgias*, 465d.

cette raison restera grossière. Eclairer quelqu'un, c'est l'instruire, développer son intelligence, c'est révéler à la raison son pouvoir *en puissance*, afin qu'elle découvre quand elle a la possibilité de s'exercer *en acte*. Quand il s'agit des questions de santé, de maladie, de thérapies, la frontière est mince entre ces deux assertions : « j'ai besoin d'être éclairé pour que ma raison soit éduquée et puisse s'exercer » et « le médecin juge à ma place et me dispense de faire des efforts ». Une certaine lecture du texte des Lumières a pu servir d'appui pour un modèle relationnel qu'on appelle « informatif ». Le médecin fournit toutes les informations utiles et laisse le malade se déterminer. Réclamé par certains comme étant le meilleur garant de la liberté du malade individuel, il rompt radicalement avec le paternalisme et plus largement avec toute acceptation d'un lien fiabilité/dépendance. Assez prisé de certains chirurgiens, et plus largement de tous les médecins qui ont à proposer des options thérapeutiques représentant un risque réel d'échec ou de complications, ce modèle laisse souvent le malade seul²⁸⁸. Philippe Petit, a priori peu suspect d'être maintenu en état de minorité, se trouve néanmoins fort dépourvu lorsqu'il lui est demandé de se déterminer pour le traitement d'un cancer de la prostate :

« Le patient 'autonome' doit décider de son protocole et par conséquent de son sort. Or cette situation me fut insupportable. (...) Je me suis mis à consulter tous les services de la capitale. Au point d'en perdre la tête et de ne plus savoir à quel saint me vouer. J'aurais aimé ne pas choisir et me laisser entraîner par une option incontestable. J'aurais aimé qu'un médecin me dise : on y va. Cela fut impossible »²⁸⁹.

Si l'autonomie est décrétée comme une condition, elle n'est plus une émancipation. Du côté du médecin d'ailleurs, la frontière est mince aussi. La tentation est grande pour lui de sortir de son champ d'action spécifique pour emprunter à « des langages déjà institués dont il connaît mal les compensations que ces langages offrent à son ignorance »²⁹⁰ : recommandations et protocoles en tous genres, mais aussi logique gestionnaire, technologie du rendement, processus qualité, études médico-économiques (ou encore, nous l'avons vu à l'instant, discours empruntés à l'ésotérisme). Empruntant à ces autres langages, il perd sa liberté d'action parce qu'il s'appuie sur autre chose que sur son savoir propre. Encore faut-il que ce dernier ait pu se constituer et se consolider. Le médecin lui aussi est sous tutelle (plus ou moins) bienveillante, et subit les règles du parc. Je cite à nouveau le texte de Kant sur les Lumières :

²⁸⁷ KANT Emmanuel, « Réponse à la question : qu'est-ce que les Lumières ? », op.cit. (trad. modifiée).

²⁸⁸ La Société Royale de médecine du Canada rappelle à ses membres qu'ils sont supposés donner leur avis quand ils estiment qu'une option est meilleure que l'autre.

²⁸⁹ PETIT Philippe, *Philosophie de la prostate*, op.cit., p.72. Ce qui lui a manifestement manqué, c'est une prise en compte de son indécision et de son inquiétude, donc de son expérience vécue. « Choisissez Monsieur, et dans un même mouvement, je ne comprenais pas que l'on me questionne si peu, comment je vivais la chose » (ibid., p.212).

²⁹⁰ LACAN Jacques, « Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse », op.cit., p. 243. Cette citation est empruntée à un tout autre contexte que le nôtre. Mais elle s'applique bien ici pour décrire un bavardage d'un genre nouveau : certains médecins parlent de « parts de marché », de « fluidité des trajectoires », de « valorisation des séjours », sans toujours se rendre compte qu'ils adoptent des notions issues du management (notamment le *lean management* toyotiste) et de la gestion.

Chapitre VI

« Ces tuteurs qui, par bonté, ont assumé la tâche de veiller sur eux, après avoir rendu tout d'abord stupide leur bétail domestique, (...) ils leur montrent ensuite le danger qu'il y aurait à marcher seuls »²⁹¹.

S'affrontent donc sur des questions de savoir/pouvoir contestés deux acteurs qui aspirent à la liberté, mais dans la méconnaissance de ce qui les détermine et dans la méconnaissance de ce qu'elle signifie. Se désempêtrer de cet imbroglio suppose de clarifier les enjeux, et c'est un passage du livre des *Lois* qui va nous y aider.

Platon y propose une distinction entre les médecins libres et les médecins esclaves²⁹² :

« Dans les cités il y a parmi les malades des esclaves et des hommes libres. (...) Les esclaves se font généralement soigner par des esclaves, qui font des visites à domicile ou reçoivent dans leur officine. Quelle que soit la maladie de leurs clients, ces sortes de médecins ne donnent ni n'acceptent aucune explication, et, après leur avoir prescrit, en vrais tyrans, ce que la routine leur suggère, ils les quittent brusquement pour aller voir un autre esclave malade (...). Au contraire, le médecin libre soigne la plupart du temps les maladies des hommes libres. Il procède à une enquête systématique sur l'origine du mal et sur son évolution naturelle, en entrant en communication et faisant part de ses observations au malade lui-même et à ses amis ; il demande au malade toutes sortes d'éclaircissements et l'instruit à son tour autant qu'il est en son pouvoir. Bien plus, il ne lui prescrit aucun remède sans l'avoir auparavant déterminé par de bonnes raisons à le prendre ; il ne cesse de s'occuper du malade en adoucissant ses peines par le moyen de la persuasion, et il tente d'achever son œuvre en tâchant de le ramener à la santé »²⁹³.

Le contraste est saisissant. Le médecin esclave est celui qui dit tout de suite ce qu'il faut faire et ne pas faire. C'est une sorte d'infirmier empirique²⁹⁴, ou d'officier de santé, un simple distributeur de « tickets de bienfaits »²⁹⁵. Le médecin libre, lui, raisonne avec le malade *comme si ce dernier était aussi un philosophe*, c'est ce que précise un autre passage des *Lois*²⁹⁶. Cela implique de « remonter à la source du mal, et de là jusqu'aux principes généraux de la constitution du corps humain » (*Lois*, 857d2-4). Cette manière de faire rend d'ailleurs hilare le médecin-esclave qui n'exerce que par routine, et s'esclaffe ainsi : « T'es dingue !, ton malade, tu ne le soignes pas, mais en somme tu lui donnes un cours, comme pour en faire un médecin, au lieu de lui rendre la santé comme il le demande »²⁹⁷.

La relation ainsi esquissée entre médecin libre et malade libre ne signifie pas égalité des connaissances. Ni de laisser libre le malade de choisir après l'avoir dûment équipé d'informations précises. Considérer le malade comme un homme libre, cela comporte aussi, on vient de le voir, instruire et persuader d'un côté, demander des éclaircissements de l'autre. L'erreur serait d'y voir des entraves à l'autonomie/liberté. Car c'est tout le contraire. Echanger avec lui *comme si c'était un philosophe*, cela signifie se situer dans le champ des

²⁹¹ KANT Emmanuel, « Réponse à la question : qu'est-ce que les Lumières ? », op.cit., p.210.

²⁹² Jouanna précise que Platon présente davantage une opposition entre le bon et le mauvais médecin qu'il ne dresse un portrait fidèle de la sociologie médicale de l'époque. JOUANNA Jacques, *Hippocrate*, op.cit., p.161. Les médecins hippocratiques soignaient les esclaves exactement comme les hommes libres (Ibid., p.166).

²⁹³ PLATON, *Lois*, 720 c-e, trad. L. Brisson et J.-F. Pradeau, in *Oeuvres complètes*, op.cit., p. 780 (traduction modifiée).

²⁹⁴ SCHUHL Pierre Maxime, « Platon et la médecine », *Revue des Études Grecques* 1960 ; 73(344-346) : p. 73-9.

²⁹⁵ Le ticket de bienfait renvoie à la conférence de Lacan sur la médecine: « cette sorte de pouvoir généralisé qu'est le pouvoir de la science, donne à tous la possibilité de venir demander au médecin son ticket de bienfait dans un but précis immédiat ». (LACAN Jacques, « La place de la psychanalyse dans la médecine », art.cit.).

²⁹⁶ PLATON, *Lois*, 857c-d.

²⁹⁷ Ibidem (traduction modifiée).

connaissances qui intéressent tous les hommes sans distinction²⁹⁸, cela signifie user de la liberté de penser par soi-même, usage que ne permet pas, et que ne se permet pas le médecin esclave qui se comporte comme un tyran et prescrit par routine. Echanger avec lui *comme si c'était un philosophe* ne consiste pas à communiquer des informations mais à permettre au malade de se faire une idée de ce qui lui arrive en tablant sur sa capacité à entrer dans un dialogue réellement coopératif²⁹⁹. Hannah Arendt dans son commentaire de Kant précise que « l'homme, dans la moindre de ses actions, établit la loi ; il est le législateur. Mais on ne peut légiférer que si on est libre »³⁰⁰.

Il importe aussi de bien s'apercevoir que le médecin *libre* est d'une certaine façon, totalement *lié* au malade. L'autonomie véritable, celle que l'on peut valoriser dans la pratique médicale, aussi bien du côté du médecin que du côté du malade, n'est en rien l'indifférence réciproque de deux individus isolés et indépendants l'un de l'autre. Au contraire, elle s'apparente au couplage fiabilité/dépendance de Winnicott. Emanuel et Emanuel citent ce passage des *Lois* à l'appui de leur modèle relationnel privilégié, celui du praticien délibératif³⁰¹. Susan Levine estime qu'ils l'interprètent d'une manière trop paternaliste³⁰². Il nous semble que ce passage esquisse une modalité relationnelle qui déjoue le paradigme autonomie/paternalisme.

Dans ce dialogue entre médecin et malade considéré comme un philosophe, on peut supposer que le dire-vrai de la *parrēsia* y trouve sa place³⁰³. Quand il porte sur des attentes de normalisation, ou qu'il concerne la santé ou le risque, la recommandation de Winnicott (« nous ne mentons pas ») gagne en acuité, car ce sont des domaines qui mettent en question la forme de vie qu'adopte, plus ou moins volontairement, le malade. Quand il s'agit de mener et guider l'âme des individus (et tout d'abord celle des gouvernants dans les textes étudiés par Foucault³⁰⁴), apparaît une question : qui est capable d'être l'artisan de la *parrēsia* ? La *parrēsia* n'est pas seulement une notion politique, elle devient aussi philosophico-morale. Quand, dans la lettre VII, Platon joue le rôle de conseiller par rapport à Denys, il répond à la tâche même de la philosophie. Le réel de la philosophie c'est de s'adresser à qui exerce le pouvoir. Ce n'est pas de dire le vrai sur le vrai, c'est parler vrai par rapport au pouvoir. Or l'exemple donné par Platon pour montrer à quelles conditions le discours philosophique ne sera pas simplement logos, mais *ergon* dans le champ de la politique, eh bien c'est l'exemple du médecin :

²⁹⁸ Comme Emmanuel KANT l'explique dans la *Critique de la raison pure* (CRP) (1781), trad. A. Tremesaygues et B. Pacaud, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 7e éd., 2008, p. 557.

²⁹⁹ LEVINE Susan B, « The Doctor-Patient tie in Plato's *Laws* : a backdrop to reflection », *Journal of Medicine and Philosophy* 2012;37:351-372.

³⁰⁰ ARENDT Hannah, *Juger, Sur la philosophie politique de Kant*, op.cit., p. 81.

³⁰¹ EMANUEL Ezekiel J, EMANUEL Linda L., « Four models of the physician-patient relationship », *JAMA* 1992; 267 (16):2221-6. Les trois autres modèles sont : paternaliste, informatif, interprétatif.

³⁰² LEVINE Susan B, « The Doctor-Patient tie in Plato's *Laws* : a backdrop to reflection », art.cit.

³⁰³ Car le dire-vrai est aussi un dire libre. « La *parrēsia* est un art, une technique grâce à laquelle vous pouvez, vous êtes libre de faire usage des moyens qui sont utiles pour celui dont vous prenez soin. Vous devez choisir les occasions, vous devez tempérer certains de vos jugements (...), parfois vous devez être très sévère et à certains autres moments vous devez être très doux ». FOUCAULT Michel, *Dire vrai sur soi-même. Conférences prononcées à l'Université Victoria de Toronto, 1982*, Paris, Vrin, « Philosophie du présent », 2017, p.272.

³⁰⁴ FOUCAULT Michel, *Le courage de la vérité, Le gouvernement de soi et des autres II*, op.cit.

Chapitre VI

« Lorsqu'un médecin est consulté par un malade dont le mauvais régime a ruiné la santé, il doit d'abord prescrire un nouveau régime, et, si le malade s'y soumet, continuer ses soins; mais si le malade s'y refuse, selon moi, le médecin doit en homme d'honneur cesser de le voir: s'il continuait ses visites, ce serait un malhonnête homme ou un ignorant »³⁰⁵.

Pour que la philosophie ne soit pas pur et simple discours mais bien réalité, il faut qu'elle s'adresse seulement à ceux qui veulent écouter. Sinon, il faut faire comme les médecins qui s'en vont lorsque les malades ne veulent pas écouter leurs prescriptions. Faut-il comprendre que le malade exerce le pouvoir? Oui, si on entend par là qu'il exerce un pouvoir, et que c'est peut-être la figure de l'autonomie qu'il faut avoir en perspective : considérer le malade comme quelqu'un qui a un pouvoir. La notion moderne d'*empowerment* l'exprime littéralement.

La bonne médecine qu'évoque Platon ne concerne pas simplement telle ou telle maladie qu'il s'agirait de soigner, c'est une activité, un art qui prend en compte et qui prend en charge la vie entière du malade. Il faut établir un régime de vie. La médecine porte sur le régime tout autant que sur la maladie, mais attention! Elle n'intervient pas quand il y a santé, seulement quand il y a maladie. Comme le philosophe conseiller du politique, le médecin libre joue son rôle quand il y a crise, malheur, maladie. Il vise à éclairer le malade sur la manière d'exercer un pouvoir, c'est à dire, dans les termes de Canguilhem, d'exercer sa normativité propre. Contrairement au médecin d'esclaves qui se contente de donner des ordres, le médecin libre persuade en même temps qu'il prescrit. Je transpose vers la médecine les conclusions que Foucault tire pour la philosophie : il n'y a de médecine réelle que dans les conditions d'écoute que peut rencontrer la médecine. Le médecin ne suffit pas pour qu'il y ait réellement une médecine. La médecine ne peut pas se parler à elle-même, ne peut pas se proposer comme violence, ne peut pas apparaître comme le tableau des lois qu'il faut observer, ne peut pas s'écrire et circuler comme un écrit qui tomberait entre toutes les mains³⁰⁶.

Le rôle du médecin n'est pas de donner au malade des lois de la santé ou du gouvernement de son corps. Son rôle n'est pas non plus de donner des lois morales. Il peut engager le malade à se rendre de plus en plus maître de lui-même, à se prendre en charge lui-même, mais il ne peut le faire à sa place, sauf dans les cas où la maladie est telle que le malade n'est temporairement plus capable de le faire (cf. chapitre XI, C : *therapôn*). La *parrësia* trouve son plein usage dans la relation de type pédagogique, mais il ne s'agit pas de rééduquer des comportements.

Peut-on alors opérer une articulation entre « instruire et persuader » (Platon, *Lois*), et « ne point diriger le patient »³⁰⁷, ou faut-il ici trouver un point de séparation entre médecine et psychanalyse, laquelle exclut tout ce qui s'apparenterait de près ou de loin à la direction spirituelle? L'analyste dirige la cure, pas le patient, mais cela consiste en premier lieu « à faire

³⁰⁵ PLATON, *Lettres*, trad. Luc Brisson, in *Oeuvres complètes*, Luc BRISSON(dir), Paris, Flammarion, 2008, p.645, 330d : « Lorsqu'un médecin est consulté par un malade dont le mauvais régime a ruiné la santé, il doit d'abord prescrire un nouveau régime, et, si le malade s'y soumet, continuer ses soins; mais si le malade s'y refuse, selon moi, le médecin doit en homme d'honneur cesser de le voir: s'il continuait ses visites, ce serait un malhonnête homme ou un ignorant ».

³⁰⁶ FOUCAULT Michel, *Le courage de la vérité, Le gouvernement de soi et des autres II*, op.cit., p.217.

³⁰⁷ LACAN Jacques, « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », op.cit.

appliquer par le sujet la règle analytique »³⁰⁸. Si on transpose à la médecine, quelles sont les directives d'une direction de cure médicale? Ce qui vient en premier à l'esprit sont des règles proches de celle de la direction de conscience : dire la vérité, ou au moins ne rien cacher qui puisse éclairer la situation³⁰⁹. Se laisser interroger sur son existence, dans une certaine mesure. Se laisser examiner. Observer la prescription. On a peine à voir ce qui pourrait s'apparenter à la règle fondamentale de la cure analytique. On touche probablement là une différence majeure entre médecine et psychanalyse, parce que la méthode analytique proposée (l'association dite « libre » des pensées qui viennent incidemment à l'esprit) est la méthode spécifique appropriée à son objet³¹⁰. Notons cependant que dès lors qu'il s'agit de symptômes motivant la demande, et non pas d'une situation d'emblée objective (*i.e.* un blessé dans un accident de la route), l'application de la méthode analytique permet une anamnèse d'un genre nouveau, qui situe d'emblée l'accueil du cas dans sa dimension subjective. Mais il faut laisser à la médecine le soin de voir si sa propre méthode clinique peut être autre chose qu'une direction morale.

Lacan écrit que

« Ces directives sont dans une communication initiale posées sous forme de consignes dont, si peu que les commente l'analyste, on peut tenir que jusque dans les inflexions de leur énoncé, ces consignes véhiculeront la doctrine que s'en fait l'analyste au point de conséquence où elle est venue pour lui »³¹¹.

Voilà le point que nous cherchons : les inflexions de l'énoncé des consignes méthodologiques véhiculent, traduisent ce que sa doctrine a eu pour conséquences pour l'analyste. De même pour le médecin. Lorsqu'il s'agit d'interroger, d'examiner, d'informer le patient, de rechercher son consentement, les inflexions des énoncés véhiculent à quelles conséquences personnelles le médecin est parvenu de l'incorporation de sa doctrine. On peut donner des conseils au malade sans se travestir en directeur spirituel, si on ne se prend pas, en tant que médecin, pour un directeur spirituel. On peut faire de l'éducation thérapeutique du patient en s'adressant à sa liberté, et non comme à un enfant qu'on sermonne. On peut interroger les pratiques sexuelles à risque d'infections sans se faire le chantre d'une sexualité « normale », etc. Dire vrai ne signifie pas non plus qu'il faut informer le malade sur tout ce qui va se passer, et notamment des mécanismes par lesquels l'efficacité pourrait être au rendez-vous³¹².

Mais il faut à présent revenir en arrière pour encore préciser, du côté du médecin, ce qui le maintient lui aussi en état de tutelle/minorité. Qui parle à sa place (*Vormiinder*) ? L'autonomie du médecin, au sens de sa liberté, n'a certes jamais coïncidé avec l'absence de cadres

³⁰⁸ Ibidem.

³⁰⁹ Il y a à tout un champ de réflexion, abordé sous l'angle sociologique par Sylvie FAINZAING, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, Presses Universitaires de France, « Ethnologues », 2006.

³¹⁰ Qu'on suppose que l'association dite « libre » soit le moyen d'accrocher la concaténation signifiante individuelle qui va permettre de revenir à la cause des symptômes, ou qu'on suppose que, parce que le sujet est représenté par un signifiant pour un autre signifiant, c'est en passant d'un signifiant à l'autre qu'il y aura un « effet sujet », les deux hypothèses permettent de légitimer la règle fondamentale comme la méthode appropriée.

³¹¹ LACAN Jacques, « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », op.cit.

³¹² Il y a par exemple des débats sur l'éthique du placebo. On se demande s'il est éthique (c'est à dire compatible avec le principe d'autonomie et du consentement éclairé) d'administrer un placebo à un patient sans le lui dire, ou bien en lui laissant croire qu'il s'agit d'autre chose que d'un placebo.

référentiels. La rationalité de la science et celle du discours argumenté ménagent cependant un espace ouvert, celui de la pratique, où règnent incertitude, contingence et flou. On peut proposer pour définition de son autonomie sa capacité effective à agir dans le champ où il est requis. Elle n'est pas donnée au départ. On verra qu'elle se forge avec l'expérience et qu'elle est affiné à la sagesse pratique. Il doit donc exister un lien étroit entre la sortie de la minorité et la constitution d'une expérience. Dans *l'Ethique à Nicomaque*, Aristote dit à peu près ceci :

« La *phronēsis* se rapporte aux choses humaines qui admettent la délibération ; (...) elle se rapporte aux circonstances particulières, qu'on peut connaître à l'aide de l'expérience [*empeiria*] (...) les jeunes gens peuvent devenir mathématiciens ou géomètres, mais pas physiciens, parce que les premières de ces sciences s'acquièrent par abstraction, alors que les principes de la seconde sont dérivés de l'expérience [*empeiria*]»³¹³.

Du médecin libre chez Platon, il était dit qu'il « tente d'achever son œuvre », *apotelein peiratai*. Le mot à souligner ici est *peira*, l'essai, la tentative, qui est un mot de la même famille qu'*em-peiria* (expérience), famille qui s'enracine à partir de *péras* qui signifie « la limite »³¹⁴. On aura ainsi « a-peiron », dont un des sens est l'indéterminé, la traversée (*peraô*), la mise à l'épreuve (*peirastike*). Cette traversée permet, lorsqu'elle est réitérée, de former une ex-périence. Avoir de l'expérience, c'est s'être entraîné à affronter le flou de l'indéterminé, l'absence de chemin tout tracé, c'est avoir multiplié des expériences cliniques³¹⁵. Avoir de l'expérience, c'est s'être engagé dans ces tentatives de mener à bien son action. C'est une des raisons, me semble-t-il, pour lesquelles le médecin du *Politique* ne saurait être contraint par les lois écrites qu'il a lui-même édictées d'ailleurs (entendez aujourd'hui les protocoles, les recommandations). En effet, il doit toujours pouvoir faire face à l'évolution imprévue d'une situation, à sa complexité, son originalité. Or

« La loi ne pourrait jamais embrasser avec exactitude ce qui est le meilleur et le plus juste pour tous au même instant, et prescrire ainsi ce qui est le mieux. Car les dissimilitudes sont telles entre les hommes et entre les actions (...) que cela interdit à toute *tekhne* de prendre un parti simple qui vaudrait, en quelque domaine que ce soit, pour tous les cas et pour toujours »³¹⁶.

Le médecin doit faire usage de la « souplesse de la vraie science par opposition aux codes », pour prescrire ce qui convient à chaque situation singulière³¹⁷. Et c'est bien cela qui est mis en crise aujourd'hui.

L'air du temps qui promeut qualité totale, excellence, et certification, encourage une manière de faire plus obsessionnelle et donc plus rigide. La bureaucratisation du contenu de ce que doivent savoir les professionnels³¹⁸ institue un perfectionnisme où chacun est sans

³¹³ Cf. ARISTOTE, *EN*, 1141 b 10 et 1142a 14-19. Marco MAZZEO souligne et développe ce point dans « Apologie d'un killer. Expérience empirique et dialectique peirastique », in Loïc NICOLAS (dir), *Le Fragile et le flou. De la précarité en rhétorique*, Paris, Classiques Garnier, 2018.

³¹⁴ DETIENNE Marcel, VERNANT Jean-Pierre, *Les ruses de l'intelligence. La mētis des Grecs*, Paris, Flammarion, « Champs essais », 2009, p. 272 sq.

³¹⁵ DAVIS F Daniel, « Phronesis, clinical reasoning, and Pellegrino's philosophy of medicine », *Theoretical Medicine* 1997; 18(1-2): 173-195.

³¹⁶ PLATON, *Pol.*, 294b.

³¹⁷ GERBIER Laurent, « La politique et la médecine : une figure platonicienne et sa relecture averroïste », *Astérion* [En ligne], 2003, <http://asterion.revues.org/13>.

³¹⁸ SENNETT Richard, *Ce que sait la main*, op.cit., p. 332.

cesse mis en comparaison avec ses écarts à la norme prescrite par les tuteurs. C'est l'espace ouvert entre l'appareil normatif et le moment de l'action que tentent d'appareiller toutes sortes de *guidelines*, pour baliser ce moment crucial pour la constitution d'une expérience où il faut pourtant procéder soi-même à la tentative, à l'essai. Moment périlleux, car comme l'indique l'étymologie, il y a du *periculum* dans l'expérience (comme en allemand il y a du *Gefahr* – danger – dans *l'Erfahrung* – expérience)³¹⁹, et néanmoins, nous le verrons encore ultérieurement, moment nécessaire à la constitution d'un jugement pratique qui soit opératoire. Pour le dire encore autrement, la question cruciale pour tout savoir pratique aujourd'hui est la suivante : quelle expérience pouvons-nous construire dès lors qu'existe de fait un certain discours de vérité (*Evidence Based Medicine*, recommandations de bonne pratique, protocoles) et une certaine obligation de se lier à ce discours de vérité, soit pour l'accepter comme vrai, soit pour le produire soi-même comme vrai ? C'est le cas pour le médecin, mais c'est aussi le cas pour le malade. Quels sont les effets de l'existence de ce discours de vérité sur la maladie pour l'expérience personnelle d'être malade ? Quelle expérience pouvons-nous faire de nous-mêmes dès lors qu'existe un certain savoir qui se prétend vrai ?³²⁰

La conjoncture contemporaine est toutefois sombre. La mise à mal des médecins par le nouveau management public, les procédures d'accréditation, les « contrats d'amélioration des pratiques individuelles » ne sont pas sans rappeler le scénario catastrophe de politique-fiction que proposait Platon. Dans le *Politique*, il fustige la démocratie athénienne qui « lutte contre la vraie compétence »³²¹. Une mise en scène est envisagée qui ne manque pas de résonner avec notre actualité. Je résume le passage :

Si nous pensons collectivement que les médecins nous traitent de la pire des façons (...) alors nous devrions décider de les empêcher de commander en maîtres absolus à qui que ce soit, esclave ou homme libre. Nous nous réunirions en assemblée, et il serait permis à des non médecins de donner leur avis sur les maladies, et sur les remèdes. Et il en résulterait des consignes écrites sur lesquelles on devrait se régler pour soigner les malades. Et chaque année on ferait comparaître les médecins devant un tribunal, et quiconque le souhaitera pourra les accuser de n'avoir pas soigné les malades d'après les prescriptions écrites. En plus, il faudra instituer une loi stipulant que quiconque sera vu en train de mener des recherches médicales hors des prescriptions écrites sera traduit en justice³²².

La conclusion pronostique de cette mise en scène ironique du médecin³²³ forcé par la foule souveraine de respecter rigoureusement les lois tombe alors :

« Il est clair que nous verrions, provoquée par cette loi qui prohibe toute recherche [le mot grec ici est *zetein*, qui vient de *zeteo* : recherche, désir, curiosité, investigation] la

³¹⁹ BAAS Bernard, « 'Entre' philosophie et psychanalyse : la littérature comme expérience », *Savoirs et clinique*, 2012/1 ;15 : 42-52 (ici p. 46).

³²⁰ Je glose ici à partir de mots que Foucault emploie dans un autre contexte. (FOUCAULT Michel, *Subjectivité et vérité. Cours au collège de France 1980-1981*, Paris, Gallimard/Seuil, « Hautes Etudes », 2014, p. 12-16).

³²¹ JOLY Robert, « Platon et la médecine », *Bulletin de l'Association Guillaume Budé : Lettres d'humanité* 1961 ; 20 : 435-51.

³²² PLATON, *Pol.* 297e sq.

³²³ Comme le pilote de navire d'ailleurs, à qui en pleine tempête, ses passagers demanderaient de suivre le manuel de pilotage plutôt que de s'en remettre à son expérience de vieux loup de mer pour les ramener à bon port.

Chapitre VI

ruine de toutes les techniques, sans aucun espoir de les voir renaître. Et alors la vie, qui déjà est assez pénible à présent, deviendrait absolument invivable »³²⁴.

N'est-ce pas ce que nous commençons à connaître dans ce temps critique pour la médecine ? Beaucoup de médecins effrayés de penser par eux-mêmes, et à qui on reproche de le faire, qui se retranchent derrière l'abri des recommandations et des référentiels, autrement dit qui acceptent leur condition d'esclaves, de mineurs sous tutelle. Mais, comme on le sait depuis Platon au moins, les esclaves ne soignent que des esclaves, et comme des tyrans en plus...

³²⁴ PLATON, *Pol.* 299e.

CHAPITRE VII. UNE CRISE DE L'INFORMATION. LA CLINIQUE AU TEMPS DE L'INTERNET.

« Et là-dessus, il prononça son ocluspocus transcendantal. »

Lichtenberg¹

« Une cage allait à la recherche d'un oiseau. »

Kafka²

« Jamais la diffusion de la science n'a disposé d'autant de moyens – -mais la rationalité scientifique reste menacée, isolée et sans prises sur des idéologies qui la refusent ou (pis) la récupèrent. »

Lévy-Leblond³

¹ LICHTENBERG Georg Christoph, *Le miroir de l'âme*, trad. Charles Le Blanc, Paris, José Corti, 1997, p.290.

² KAFKA Franz, « Méditations sur le péché, la souffrance, l'espoir et le vrai chemin », in : *Préparatifs de noce à la campagne*, trad. Marthe Robert, Paris, Gallimard, « L'imaginaire », 1957, p.49.

³ LEVY-LEBLOND Jean-Marc, *La pierre de touche. La science à l'épreuve...*, Paris, Gallimard, « Folio essais », 1996, p.20.

Nous ne pouvons pas, dans l'éventail des aspects de la crise médicale contemporaine, passer sous silence celui que provoque l'ère numérique et des nouvelles technologies de l'information et de la communication. Pour certains, nulle innovation n'avait autant changé la pratique médicale avant l'Internet¹. Pour rester fidèle à notre démarche, nous n'envisagerons pas les possibilités de l'*e-santé* dans la perspective prospective ou futuriste de la médecine 4.0 et de la santé connectée², mais analyserons les modifications de l'ordinaire de la clinique déjà induites par l'usage de l'Internet³. Nous n'avons pas l'intention non plus de discuter en détail de l'émergence ou non d'une « société de la connaissance » ou du « marché cognitif »⁴, ni des fractures sociales numériques et cognitives que révèle l'usage dominant de l'Internet pour obtenir de l'information en tout genre, et pour effectuer un certain nombre de transactions aujourd'hui⁵.

L'usage de l'Internet par les patients, bien qu'il reste sous-estimé des médecins⁶, suscite depuis quelques années une littérature abondante et multidisciplinaire au sujet de son impact (supposé ou observé, salué ou critiqué) sur la relation médecin-malade⁷. L'offre d'information en santé sur l'Internet est pléthorique⁸. L'augmentation du nombre de sites dédiés à la santé et au bien-être semble coïncider avec un désir des patients d'assumer davantage de responsabilités dans la gestion de leur propre santé⁹. L'ampleur du phénomène est en croissance continue : l'immense majorité des 15-30 ans sont des internautes, et la moitié utilisent l'Internet pour des questions relatives à la santé. Toutefois, seuls 15% déclarent des changements dans leur façon de s'occuper de leur santé, et 5,2% rapportent un impact sur la fréquence des consultations, et ces chiffres ont tendance à diminuer avec l'âge¹⁰.

La littérature académique n'a pas tardé à faire état des transformations de la relation médecin-malade consécutives à l'usage croissant de l'Internet par les patients, usage considéré

¹ HARTZBAND Pamela, GROOPMAN Jerome, « Untangling the Web - Patients, Doctors, and the Internet », *New England Journal of Medicine* 2010 ;362 (12) :1063-1066.

² PARIZEL Elisabeth, MARREL Philippe, WALLSTEIN René, « La médecine 4.0. Mariage d'internet et de la médecine », *Etudes* 2017 ; 2 :41-52.

³ Certaines des réflexions qui suivent ont déjà été publiées dans WEBER Jean-Christophe, « L'impact de l'Internet sur la relation médecin-malade », *Ethique et santé* 2012 ; 9 : 101-106, et dans WEBER Jean-Christophe, « Diffusion des connaissances ou des croyances ? Un défi pour la pratique », in EUROCOS, HUMANISME ET SANTE (dir), *Internet des promesses pour la santé ?* Paris, Editions de santé, 2011, p.85-97.

⁴ BRONNER Gérald, « Ce qu'Internet fait à la diffusion des croyances », *Revue européenne des sciences sociales* 2011 ;49(1) :35-60.

⁵ SEUX Christine, « Les disparités sociales des usages d'internet en santé. Effets combinés des socialisations familiales et des sources informationnelles », *Réseaux* 2018/2 ; 208-209 :63-93 ; LU Tian, XU Yunjie, WALLACE Scott, « Internet usage and patient's trust in the physician during diagnoses : a knowledge power perspective » *Journal of the Association for Information Science and Technology* 2018; 69(1):110-120.

⁶ VAN UDEN-KRAAN CF, DROSSAERT CHC, TAAL E, SMIT WM, SEYDEL ER, VAN DE LAAR MAFJ, « Experiences and attitudes of Dutch rheumatologists and oncologists with regard to their patients' health-related Internet use », *Clinical Rheumatology* 2010; 29 : 1229-36.

⁷ KIVITS J, LAVIELLE C, THOËR C, « Internet et santé publique : comprendre les pratiques, partager les expériences, discuter les enjeux », *Santé publique* 2009 ; 21 (HS) : 7-12 ; SECHREST RC, « The Internet and the physician-patient relationship », *Clinical orthopaedics and related research* 2010 ; 468 : 2566-71.

⁸ ROMYER Hélène, « La santé en ligne : des enjeux au-delà de l'information », *Communication* 2012 ;30(1) :1-22.

⁹ RENAHY Emilie, PARIZOT Isabelle, CHAUVIN Pierre, « Determinants of the frequency of online health information seeking: results of a web-based survey conducted in France in 2007 », *Inform Health Soc Care* 2010 ; 35 : 25-39.

¹⁰ BECK François, NGUYEN-THANH Viêt, RICHARD Jean-Baptiste, RENAHY Emilie, « Usage d'internet : les jeunes, acteurs de leur santé ? », *Agora débats/jeunesses* 2013 ;1 (63) :102-112.

presque unanimement comme un promoteur de changements¹¹. Le patient change (il est davantage informé), ses attentes changent (il a besoin d'un exégète-herméneute pour pondérer et interpréter les informations glanées¹²), le médecin doit donc modifier sa pratique, particulièrement les modalités relationnelles de sa rencontre avec ce patient nouveau¹³.

Mais il faut en même temps envisager l'éventualité compossible du mouvement inverse. L'étude de Tustin aux USA¹⁴ porte sur 178 patients atteints de cancer, interrogés à la fois sur leur satisfaction dans la relation et sur leur utilisation de l'Internet. 58% choisissent l'Internet comme source préférée d'information (contre 31% leur cancérologue), et 51% ont utilisé l'Internet pour chercher un autre oncologue ou un autre hôpital. Mais ceux qui sont satisfaits de leur oncologue le désignent comme étant leur première source d'information fiable. Ceci suggère que c'est aussi l'insatisfaction dans la relation qui incite, pousse, accroît l'usage de l'Internet par les patients. D'autres enquêtes en effet vont dans ce sens¹⁵ et suggèrent que les internautes les plus actifs sont les patients les moins en confiance, ceux qui ont des attentes insatisfaites, qui ont moins souvent l'opportunité de poser des questions, de participer à une prise de décision, d'être aidés dans l'incertitude, etc. La durée courte des consultations est mise en avant. L'enquête de Sylvie Fainzaing met aussi en évidence un décalage entre l'image que se font les médecins de la quantité et de la qualité de l'information donnée aux malades, et les attentes exprimés par ces derniers¹⁶. Bref, plus la relation est déjà dégradée, plus le patient ira (devra ?) chercher du soutien ailleurs que dans la rencontre. Kassirer remarque que la communication par e-mail émerge au moment où beaucoup déplorent une relation médicale devenue impersonnelle¹⁷. L'interprétation se complique si on tient compte que la satisfaction du patient est plus grande quand le médecin approuve explicitement son usage de l'Internet¹⁸. Entre l'usage de l'Internet et les modifications de la relation médecin-malade, il semble s'agir donc d'une influence réciproque. Cette causalité circulaire est renforcée par la place générale qu'a prise l'Internet dans nos vies, dont la santé n'est qu'une dimension.

Dans la logique du patient partenaire actif et de la décision médicale partagée, l'information n'est pas seulement un moyen pour des soins plus efficaces et une meilleure santé. C'est aussi le médium d'une transformation nommée *empowerment*. Ce terme difficile à traduire englobe

¹¹ BALL MJ, LILLIS J, « E-health: transforming the physician:patient relationship », *International Journal Medical Informatics* 2001 ; 61 : 1-10; THOËR Christine, « Internet : un facteur de transformation de la relation médecin-patient ? », *Communiquer* 2013 ;10 :1-24.

¹² AHMAD F, HUDAK PL, BERCOVITZ K, HOLLENBERG E, LEVINSON W, « Are Physicians Ready for Patients With Internet-Based Health Information? », *Journal of Medical Internet Research* 2006; 8 (3): e22; HARTZBAND Pamela, GROOPMAN Jerome, « Untangling the Web - Patients, Doctors, and the Internet », art.cit.

¹³ WONG Carmen, HARRISON Christopher, BRITT Helena, HENDERSON Joan, « Patient use of the internet of health information », *Australian Family Physician* 2014;43(12):875-877.

¹⁴ TUSTIN N, « The role of patient satisfaction in online health information seeking », *Journal of Health Communication* 2010 ; 15 : 3-17.

¹⁵ RENAHY E, et al., « Determinants of the frequency of online health information seeking... », art.cit.; KOCH-WESER S, BRADSHAW YS, GUALTIERI L, GALLAGHER SS, « The Internet as a health information source: findings from the 2007 Health Information National Trends Survey and implications for health communication », *Journal of Health Communication* 2010 ; 15 : 279-93.

¹⁶ FAINZAING Sylvie, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, op.cit., p.44 sq.

¹⁷ KASSIRER JP, « Patients, physicians, and the Internet », *Health Affairs* 2000 ; 19 : 115-23.

¹⁸ BYLUND CL, GUEGUEN JA, SABEE CM, IMES RS, LI Y, SANFORD AA, « Provider-patient dialogue about internet health information: an exploration of strategies to improve the provider-patient relationship », *Patient Educ Couns* 2007 ; 66 : 346-52.

plusieurs dimensions : responsabilisation ; autonomisation ; habilitation ou capacitation ; attribution de pouvoirs¹⁹. Pour atteindre ces objectifs, l'usage de l'Internet constitue une plateforme importante. Le concept d'*empowerment* est devenu une question stratégique pour les politiques de santé, un des buts de la prévention, de la promotion et de la protection sanitaire dans les campagnes de santé. La stratégie table sur l'hypothèse d'une hyperconsommation caractérisant l'individu de la société hypermoderne : instantanéité, séquences courtes de type stimulus-réponse²⁰. Le développement du tourisme médical pour certaines interventions chirurgicales²¹ va aussi dans le sens d'un consomm-acteur de santé. Mais cette volonté d'émancipation passant par l'Internet pourrait bien être aussi un des leviers sur lesquels s'appuie(ra) la gouvernance libérale des corps²². L'image d'un « consommateur » libre d'utiliser la technologie et son contenu est cependant égratignée par une étude canadienne portant sur les utilisateurs du site « passeportsanté.net »²³ : la figure du consommateur affirmant sa liberté de décision est concurrencée par la perspective « professionnelle » qui décrit un internaute cherchant en fait à mieux se conformer aux attentes des experts et à faire ce qui est prescrit. Tous les malades n'ont donc pas adopté un comportement consumériste, loin s'en faut. Une bonne qualité de relation est d'ailleurs un frein au consumérisme²⁴. D'ailleurs, les personnes qui ont confiance dans les médecins cherchent peu d'informations et ont moins de connaissance en santé. Je ne sais pas jusqu'à quel point il faut vraiment s'en réjouir. S'agit-il de rester ignorant pour faire confiance ?

Ce qui est avéré est le sentiment d'un déplacement dans l'équilibre apparent des savoirs/pouvoirs au sein de la consultation, qui nécessite une adaptation de la part des médecins. Même s'il y a des nuances²⁵, plusieurs enquêtes menées auprès des médecins montrent qu'ils peuvent se sentir dépassés ou menacés par ce qu'ils perçoivent comme une contestation de leurs connaissances, de leurs compétences, et de leur autorité²⁶. Ils peuvent craindre la disparition de l'avantage que leur conférait l'exclusivité du savoir. Mais ils peuvent également redouter la publicité qui serait faite en ligne de l'évaluation de leurs qualités

¹⁹ HOU J, SHIM M, « The role of provider-patient communication and trust in online sources in Internet use for health-related activities », *J Health Commun* 2010 ; 15 (suppl 3) : 186-99.

²⁰ NOTEBAERT Jean-François, LE POGAM Marie Annick, « Les "flamboyants " et les "individus par défaut" pris au piège de la surconsommation médicale à l'époque de l'hypermodernité : vers l'accélération d'une médecine à deux vitesses ? » *Management et Avenir* 2006 ; 9: 45-64.

²¹ HALLEM Yousra, BARTH Isabelle, TRIKI Abdelfattah, « Les nouveaux comportements d'achat dans le tourisme de santé : quand Internet s'en mêle » *Management et Avenir* 2015/3 ; 77 :15-33.

²² CASILLI A, « Usages numériques en santé : conflictualité épistémique et sociale dans les communautés de patients en ligne », in : Euro-Cos, Humanisme et santé (dir), *Internet : des promesses pour la santé ?*, Paris, Editions de Santé 2011, p.181-91.

²³ LEMIRE M, SICOTTE C, PARÉ G, « Internet use and the logics of personal empowerment in health », *Health Policy* 2008 ; 88 : 130-40.

²⁴ NABARETTE H, « L'internet médical et la consommation d'information par les patients », *Réseaux* 2002 ; 114 : 251-86.

²⁵ GIVEON S, YAPHE J, HEKSELMAN I, MAHAMID S, HERMONI D, « The e-Patient: a survey of Israeli primary care physicians' responses to patients' use of online information during the consultation », *Israel Medical Association Journal* 2009;11 (9): 537-41.

²⁶ AHLUWALIA S, MURRAY E, STEVENSON F, KERR C, BURNS J, « 'A heartbeat moment': qualitative study of GP views of patients bringing health information from the internet to a consultation », *British Journal of General Practice* 2010;60 (571): 88-94 ; AHMAD F, et al., « Are Physicians Ready for Patients With Internet-Based Health Information? », art.cit. ; KOCH-WESER S, et al., « The Internet as a health information source... », art.cit.

professionnelles par leurs « clients », phénomène qui reste encore marginal en France mais se développe ailleurs²⁷. En bref, on assiste à une crise de légitimité.

Dans la vie sociale, les savoirs et les croyances sont les principales sources de légitimation²⁸. Elles sont volontiers concurrentes et entremêlées. L'adhésion à un ordre de légitimation porte à la fois sur le contenu normatif (les normes de la santé, les noms et les classes des maladies, les thérapeutiques efficaces et prescrites) et sur la procédure ou le contexte qui règlent l'usage de l'autorité (une tradition séculaire, un code de déontologie, des droits...). Depuis Platon, la tendance lourde a été d'estimer que seul celui qui sait, que ce soit de manière conceptuelle ou scientifique, est véritablement qualifié pour diriger la conduite d'autrui. Par exemple, dans *Le Politique*, la science ou la technique politique est une pratique directive (épitactique) et l'homme politique idéal est un *epistemon* (*Pol.*, 258b) ; les deux déterminations de l'autorité médicale sont le souci de guérir et la conformité à une *tekhnē* (*Pol.*, 293 a-c). Mais il y a des concurrences de légitimité, par exemple les savoirs profanes issus des pratiques et des usages, ou l'apprentissage par incorporation dans un habitus. A vrai dire, l'*epistemon* du *Politique* avait déjà des concurrents, de même que chaque *tekhnē* véritable (dont la médecine) peut être contrefaite et contestée par sa contrepartie sophistique qui flatte les esprits avec des plaisirs faciles (*Gorg.* 521c). Notre hypothèse est que l'Internet est un facteur d'amplification d'une concurrence de légitimité qui prend figure dans la relation médecin-malade et peut rendre compte de ses modifications. Schématiquement, nous décrivons le monde médical d'avant l'Internet, avant de proposer en quoi l'irruption de son usage en santé provoque un « bougé ». L'analyse de ces transformations nous ramène au cœur de la demande de savoir et de la réponse du médecin.

A. LE MONDE D'AVANT L'INTERNET.

Ce que Max Weber a appelé le désenchantement du monde dans la conférence de 1917 « *Wissenschaft als Beruf* » c'est reconnaître

« qu'il n'existe donc pas, en principe, des puissances mystérieuses et imprévisibles, et qu'il est bien plutôt possible – en principe – de *maîtriser* toute chose par le *calcul* »²⁹.

Ceci ne vient pas contrecarrer la légitimation traditionnelle : le concept a une préséance logique sur la pratique ; les savants ont le plus haut degré de légitimité objective ; à partir de ce qu'on sait de la nature et de la nature humaine – observées par des méthodes et des instruments – découlent des comportements qui doivent y être conformes. La rationalité est garante de toute prise de décision : les savants peuvent décoder la vérité de l'homme avant de transformer efficacement sa nature. Je souligne deux difficultés, parmi celles que signale Max Weber.

²⁷ BURKLE Christopher M, KEEGAN Mark T, « Popularity of internet physician rating sites and their apparent influence on patients' choices of physicians », *BMC Health Services Research* 2015 ;15: 416.

²⁸ LAROCHELLE Gilbert, ORTE Jesus Jimenez, « Savoir et croyances : l'éthique contemporaine dans les pratiques de légitimation », *Cités* 2005 ;21 : 167-85.

²⁹ WEBER Max, *La science, profession et vocation*, trad. I. Kalinowski, suivi de KALINOWSKI Isabelle, « Leçons Wébériennes sur la science et la propagande », Marseille, Agone, 2005, p.28-29.

Premièrement, si l'homme de science pratique la science pour elle-même, ce que nous tous nous cherchons, c'est de connaître mieux les conditions de vie auxquelles nous sommes soumis. Or, par lui-même, le développement de la rationalisation n'implique pas cette meilleure connaissance, il implique tout autre chose, à savoir, « la *croyance* qu'il *suffirait de vouloir* acquérir cette connaissance pour *pouvoir* le faire à tout moment »³⁰. Or faire profession de science est un chemin aride. De plus, la science ne parle pas d'elle-même, sinon par des énoncés qui me dérangent dans mes partis pris, mais peuvent m'aider à clarifier mes positions. Mais les énoncés de la science ne *me* concernent que pour autant que je suis un exemplaire quelconque de mon espèce.

Deuxièmement, si « les sciences de la nature nous fournissent toutes une réponse à la question de savoir ce que nous devons faire si nous voulons maîtriser techniquement la vie »³¹ elles laissent de côté la question de savoir si nous devons le faire, si nous voulons le faire, et si ce projet a un sens. Weber cite Tolstoï : « Elle [la science] n'a pas de sens parce qu'elle ne répond pas à la seule question qui importe pour nous, celle de savoir ce que nous devons faire et comment nous devons vivre »³².

Pour le dire autrement, l'ascèse du monde désenchanté n'est pas à la portée de tout le monde. Comment trouver un sens à une vie qui n'a d'autre cause que des déterminations physico-chimiques ? Cela n'empêche pas le scientisme, qui revient à demander ou à faire dire à la science ce qu'elle ne saurait donner³³. Parmi les registres de représentation du corps, celui fourni par la génétique est lesté d'une autorité particulière, tant il renvoie à une dimension déterministe et causale. Anne Fagot-Largeault peut bien rappeler que, dans les sciences de la vie, « la relation causale peut être avérée sans que la présence de la cause implique celle de l'effet » et que « les sciences du vivant peuvent offrir des explications causales robustes avec un pouvoir prédictif fragile »³⁴, tout se passe dans la « vraie vie » comme si la prédiction était inéluctable. On n'échappe pas à ses gènes. Le *contingent* (c'est-à-dire ce qui peut ne pas être, ce qui peut ne pas advenir, ou s'actualiser) « coïncide avec l'espace de la liberté humaine »³⁵. Or la génétique (et plus largement la manière dont nous incorporons les biotechnologies en médecine) nous plonge dans le *nécessaire* : ce qui ne peut pas ne pas être, advenir, s'actualiser. Autrement dit, c'est un dispositif contraignant. Comment prenait place la médecine dans ce monde-là ?

³⁰ Ibid., p.28.

³¹ Ibid., p.37.

³² Ibid., p.36.

³³ « L'analysant veut impatientement un analyste. Un homme qui ne comprend rien à ce qu'il souffre, dans la fièvre, dans la plus grande panique, appelle le médecin, supplie un directeur de conscience, se ruine pour son noviciat dans la congrégation qui l'abrite, se rend à sa séance d'hypnose, s'agenouille devant n'importe quelle statue qui sourit dans la pierre » : QUIGNARD Pascal, *Critique du Jugement*, Paris, Galilée, 2015, p.90-91.

³⁴ FAGOT-LARGEAULT Anne, « L'ordre vivant », in ANDLER Daniel, FAGOT-LARGEAULT Anne, SAINT-SERNIN Bernard (dir), *Philosophie des sciences I*, Paris, Gallimard, « Folio Essais », 2002, p.562 sq. Dans le même texte, ceci : « la connaissance causale déploie des possibles avec leurs variantes, elle évalue la probabilité que le processus s'engage dans tel ou tel sens : cela résume la difficulté de prédire l'occurrence d'un effet qu'on sait pourtant expliquer une fois qu'il s'est produit, si la possibilité qu'il actualise était identifiée ».

³⁵ AGAMBEN Giorgio, *Bartleby ou la création*, trad. Carole Walter, Saulxures, Circé, 1995.

B. LA MEDECINE DU MONDE DESENCHANTE, AVANT L'INTERNET

B.1 PREMISSES

Nous proposons quatre hypothèses concomitantes concernant la médecine, qui donnent les conditions de la configuration qu'il nous importe de décrire.

Hypothèse 1. La médecine est le lieu où, à l'occasion de la maladie, est posée au médecin la question de savoir ce que nous devons faire et comment nous devons vivre. Elle est posée d'une façon particulière, précise, concrète. Bien que circonscrite en apparence, elle est cependant relancée dans toute son ampleur. Il suffit pour s'en convaincre de faire place au questionnement du malade, de le laisser se déployer³⁶. Autrement dit, chercher à satisfaire un besoin de soins active toute la logique de la seule question qui nous importe vraiment.

Hypothèse 2. L'affinité de la médecine pour la science, sa proximité avec elle, renforcent sa crédibilité et sa légitimité eu égard à l'investissement dont elle fait l'objet.

Hypothèse 3. La médecine n'est pas (vraiment) une science. Une part importante de ce qui arrive au malade reste inexplicable et place le médecin en régime d'extrapolation par rapport aux conditions d'observation des phénomènes vitaux, et par rapport aux conditions d'expérimentation des molécules thérapeutiques ; il doit aussi tenir compte de faits purement langagiers ou d'interactions sociales, pour lesquels la médecine scientifique n'est d'aucun secours. Pour le scientifique, la connaissance et son progrès sont des fins en soi. Pour le clinicien, la science est un moyen³⁷.

Hypothèse 4. La médecine n'est pas vraiment une science mais ni les malades ni les médecins n'en veulent rien savoir. Parce qu'on préfère continuer à croire en la science comme le lieu capable de donner la question du sens, plutôt que de prendre acte du désenchantement, ce qui est inconfortable. La croyance en la science anime les discours contemporains sur le corps, qu'on dira alors plutôt « hypermodernes » que « postmodernes »³⁸. La difficulté c'est d'être à la hauteur du désenchantement, et de ne pas céder aux sirènes des dieux anciens « qui aspirent à prendre le pouvoir sur notre vie »³⁹. Si la science peut contraindre l'individu à regarder en face le sens ultime de sa propre action⁴⁰, l'homme positivement religieux par contre fait le sacrifice de l'intellect⁴¹.

B.2 LE CRISTAL DE LA CONFIGURATION MEDICALE.

Essayons de dramatiser le temps logique de cette configuration d'un passé récent, juste avant l'Internet, et qui bien entendu perdure encore aujourd'hui. Pour ce faire, nous détournons

³⁶ Un bel exemple a été publié récemment par Philippe Petit. La maladie de la prostate le propulse dans son passé, et des méditations sur la vie et sur sa propre histoire. PETIT Philippe, *Philosophie de la prostate*, op.cit.

³⁷ JURDANT Baudouin, « La médecine " scientifique " serait-elle ruine de l'art ? À travers quelques récits autobiographiques de médecins et chirurgiens », *Sociétés & Représentations* 2009/2 ;28: 119-134.

³⁸ TISSIER-DESBORDES Elisabeth, « Le corps hypermoderne », in AUBERT Nicole (dir), *L'individu hypermoderne* (2004), Toulouse, Erès, 2017, p.267.

³⁹ WEBER Max, *La science, profession et vocation*, op.cit., p. 46

⁴⁰ Ibid., p. 50.

⁴¹ Ibid., p. 55.

à notre profit une conférence de Lacan publiée dans les *Ecrits*, « La science et la vérité »⁴², qui fait usage des différents types de causalité (causes formelle, matérielle, efficiente, finale) décrits par Aristote dans la *Métaphysique*⁴³. Être instruit des causes est nécessaire pour passer de l'étonnement – de ce que les choses sont ce qu'elles sont – à la connaissance⁴⁴. Il y a quatre sens pour la causalité : la substance formelle (ou la notion de la chose) [le rapport de 2 à 1 est cause de l'octave]; la matière ou le substrat [le bronze est cause de la statue]; le principe du mouvement [ce qui produit est cause de ce qui est produit]; la finalité (l'en vue de quoi) [la santé est cause de la promenade ; mais aussi la santé est cause des remèdes]⁴⁵. Lacan joue de ces quatre modes de la causalité pour distinguer science, magie, religion et psychanalyse dans leur rapport respectif à la vérité comme cause⁴⁶.

La Science, dans sa version de *Wissenschaft* webérienne, retient de la vérité comme cause son aspect de cause formelle. Pour le reste, ce n'est pas son affaire. Dans la science, le savoir s'accumule et se communique, mais sur un mode formel – celui de l'équation physique par exemple – qui *suture* « le sujet qu'il implique »⁴⁷. Le sujet sachant n'est que le moyen du savoir, il est neutre (cf. la neutralité scientifique)⁴⁸, il s'efface. Si le savoir de la *Wissenschaft* porte sur des objets, si « tout objet existant peut et doit être saisi par le savoir »⁴⁹, paradoxalement l'objet est indifférent par rapport à l'idéal du savoir, absolu et unique : il n'en est que l'occasion, seul compte le « plus-de-savoir »⁵⁰ qui fait toujours reculer l'horizon du sens. Ce savoir de la *Wissenschaft* est donc doublement disjoint, « débrayé » à la fois du sujet et de l'objet⁵¹. Les connaissances que produisent les sciences « ne sont plus le savoir de personne en particulier »⁵².

Pour la médecine, dans son moment scientifique, – détour provisoire pour Canguilhem⁵³ – et que nous situons comme moment purement logique, le cas particulier qui vient à la rencontre du médecin est traité en mode de *double débrayage* : débrayage par rapport à l'objet visé par le savoir (le malade est débrayé de la maladie dont il est le suppôt) et débrayage par rapport au sujet sachant (le sujet médecin s'efface derrière le savant, porte-parole quelconque et interchangeable de la science médicale). Groupés avec d'autres cas pour faire série, indexés par la nature de la maladie identifiée, les malades ont alimenté un savoir statistique radicalement détaché de son ancrage dans des êtres parlants. Précision qui a son importance, le malade est traité ainsi si on ne lui reconnaît pas qu'il parle, et qu'il parle en première personne⁵⁴. Il faut

⁴² LACAN Jacques, « La science et la vérité », art.cit., p. 855-877.

⁴³ ARISTOTE, *Métaphysique (Mét.) - Tome I, Livres A-Z*, trad. Jules Tricot, Paris, Vrin, 2000, 983 a25-30 et 1013 a24-b4.

⁴⁴ ARISTOTE, *Mét.* 983 a13.

⁴⁵ *Mét.* 983 a 25-30 ; 1013 a 24-b4 ; voir aussi ARISTOTE, *Physique*, 194b.

⁴⁶ Pellegrino en fait un tout autre usage. Il estime que la cause finale de la médecine est la compréhension des processus physiologiques de santé et de maladie chez un être humain dans son contexte ; sa cause efficiente est de savoir ; sa cause matérielle est le corps de l'individu ou le corps politique et sa cause formelle est la rencontre clinique. PELLEGRINO Edmund D., « Philosophy of medicine : problematic and potential », art.cit.

⁴⁷ LACAN Jacques, « La science et la vérité », art.cit., p.877.

⁴⁸ MILNER Jean-Claude, *Le Juif de savoir*, Paris, Grasset et Fasquelle, 2006, p.62.

⁴⁹ *Ibid.*, p.61.

⁵⁰ *Ibid.*, p.96.

⁵¹ « Un bon expérimentateur est un quiconque impersonnel capable de faire exister un quiconque impersonnel » : DESPREST Vinciane, « D'un dualisme bien utile », *Revue d'anthropologie des connaissances* 2009 ; 3(3) :386-405.

⁵² FOESSEL Michaël, *Le temps de la consolation*, Paris, Seuil, « L'ordre philosophique », 2015, p.14.

⁵³ CANGUILHEM Georges, « Le statut épistémologique de la médecine », art.cit., p. 413-428.

⁵⁴ MILNER Jean-Claude, *Pour une politique des êtres parlants*, op.cit.

donc poser que le traitement itératif des malades en mode de *double débrayage* a servi la mise en place d'une « politique des choses »⁵⁵ qui règle par exemple les balances bénéfiques/risques comme un comptable établit son bilan financier (Cf. chapitre V). L'individu n'est plus alors qu'un numéro identifiant quelconque.

Mais le clinicien concret pressent qu'il n'est pas un scientifique dans ce sens-là, et que cette posture n'est qu'un refuge improbable. Quand il est appelé à l'aide pour son savoir, c'est un savoir embrayé qui lui est supposé, c'est-à-dire un savoir qui parle à un sujet non quelconque d'un objet non quelconque. Plus encore, lui est supposé un savoir sur ce que nous devons faire et comment nous devons vivre. Il ne le détient pas, quoiqu'il puisse imaginer à ce sujet. Et comme le médecin préfère généralement ne pas s'abstenir de répondre à la demande, et qu'il n'est pas démuné pour actionner d'autres régimes de vérité que celui de la science, il en résulte un mélange, pour une part forgé par l'habitus, pour une part idiosyncrasique – le « style » de tel médecin. Dans ce mélange, on trouvera à des degrés divers la magie, la religion et la psychanalyse – points de repère de dispositions différentes dans le rapport à la vérité comme cause.

La magie est une fausse science, certes, mais ici « la magie, c'est la vérité comme cause sous son aspect de cause efficiente »⁵⁶. Le savoir y reste dissimulé, y compris pour le chaman lui-même, mais l'opération du guérisseur est efficace. Canguilhem situe ainsi la différence entre médecin et guérisseur :

« Un médecin qui ne guérirait personne ne cesserait pas en droit d'être un médecin, habilité qu'il serait, par un diplôme sanctionnant un savoir conventionnellement reconnu, à traiter des malades dont les maladies sont exposées, dans des traités (...). Un guérisseur ne peut l'être qu'en fait, car il n'est pas jugé sur ses "connaissances" mais sur ses réussites. Pour le médecin et pour le guérisseur, le rapport à la guérison est inverse. Le médecin est habilité publiquement à prétendre guérir, alors que c'est la guérison, éprouvée et avouée par le malade, même quand elle reste clandestine, qui atteste le "don" de guérisseur (...)»⁵⁷.

L'usage de la magie en médecine, ce ne sont pas seulement la plupart des médecines dites parallèles ou alternatives, c'est aussi la tentation de tout donner d'ordre, par exemple la suggestion quasi hypnotique que véhiculent les injonctions normalisantes : prévenir plutôt que guérir ; maîtriser son mode de vie de façon personnalisée ; assumer ses responsabilités de santé. Ces slogans répétés en boucle ont des effets performatifs perlocutoires⁵⁸ qui configurent nos représentations. On en attend l'efficacité, pas l'explication rationnelle. L'efficacité suggestive est aussi une des difficultés du transfert pour celui qui voudrait se garder des abus d'influence.

Le registre de la religion est plutôt méfiant à l'endroit du savoir. La vérité est renvoyée aux causes finales, eschatologiques :

⁵⁵ MILNER Jean-Claude, *La politique des choses. Court traité politique 1*, Lagrasse, Verdier, 2011.

⁵⁶ LACAN Jacques, « La science et la vérité », art.cit., p. 871.

⁵⁷ CANGUILHEM Georges, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible? », art.cit., p.71.

⁵⁸ AUSTIN John Langshaw, *Quand dire, c'est faire*, Paris, Gallimard, 1970.

Chapitre VII

« La religion guette les âmes et sait attendre ; apparemment, à ses entreprises la maladie offre un terrain favorable. Au grabataire, à l'agonisant, sans contrepartie elle promet pardon, rachat, vie éternelle »⁵⁹.

C'est pourquoi tout usage finaliste de la science a un relent d'obscurantisme. Un sacrifice de l'intellect est obligatoire, prévenait Weber. Le médecin est religieux quand ses paroles prétendent détenir les causes finales en délivrant au malade le sens ultime de son mal. Le médecin est religieux de ne pas assumer le désenchantement du monde auquel il participe pourtant, il est religieux quand il pérennise une hiérarchie sociale où se conserve la légitimation humaniste. Car c'est un clerc auquel appartient le savoir vraiment utile, celui des fins⁶⁰. C'est même le spécialiste officiel d'une fin telle que la santé.

Il y a enfin le registre inauguré par Freud, celui de la psychanalyse. Lacan a eu beau dire aux médecins qu'il leur fallait – pour rester vraiment des médecins – poursuivre et maintenir dans leur vie propre la découverte de Freud⁶¹, ce n'est pas le registre le plus répandu en médecine. La vérité que le malade réclame est à repérer comme « la question sur le rapport le plus essentiel au sujet, son rapport à la naissance et à la mort en tant que tout ce qu'il est de lui est dans leur intervalle⁶² ». Le désir de guérir peut s'énoncer comme un désir de savoir : « je ne sais pas, mais vous qui savez, dites-moi ! » Dans le texte connu sous le titre de « L'Homme aux rats », Freud raconte comment son patient, qui lui demande d'être libéré de ses représentations de contrainte, l'avait choisi parce qu'il avait découvert dans un de ses livres que Freud en connaissait un bout sur les « singulières connexions de mots »⁶³. Commentant ce texte dans une intervention (inédite) au séminaire de Lacan le 28 avril 1965⁶⁴, Piera Aulagnier dit qu'il avait besoin d'un certificat, mais que ce qu'il en vient à demander à Freud, « c'est que celui-ci mette son savoir en œuvre afin qu'au non-sens du symptôme se substitue une parole qui retransforme ses 'élucubrations cogitatives' en discours ». Freud est investi d'un savoir, plus ou moins à juste titre, sur la vérité – inconsciente – qui est à l'œuvre dans les symptômes. Dans ce registre, l'accent est mis sur la vérité comme cause matérielle, la vérité qui cause dans la matérialité des mots, dans la *motérialité* de *lalangue*⁶⁵. La demande du sujet est support du transfert (Cf. chapitre XI). En médecine, pouvons-nous nous tenir au plus près de cette demande et y répondre par notre seule présence ? Ce qui est explicitement demandé (comme objet de soin) peut servir à recouvrir ce qui manque à être nommé. Quand le médecin y répond, il escamote ce qui, dans cette demande, ne portait pas sur la satisfaction des besoins. Le malade cherche à saisir aussi une vérité, laquelle ne découle pas d'un savoir référentiel. D'ailleurs, le médecin ne

⁵⁹ REVERZY Jean, « La vraie vie » (1959), *Oeuvres complètes*, Paris, Flammarion, 2002, p.606.

⁶⁰ Et le non-médecin un profane, comme le suggère d'ailleurs Freud dans *Die Frage der Laienanalyse*, la question de l'analyse profane, dont nous ferons état au chapitre VIII.

⁶¹ LACAN Jacques, « La place de la psychanalyse dans la médecine », art.cit.

⁶² LACAN Jacques, *L'objet de la psychanalyse*, op.cit., Séance du 19 janvier 1966.

⁶³ FREUD Sigmund, « Remarques sur un cas de névrose de contrainte » (1909), in *Oeuvres complètes, vol IX*, Paris, Presses Universitaires de France, 1998, p. 131-214 (ici p.138).

⁶⁴ On peut trouver cette intervention à la page <http://www.scribd.com/doc/49613377/17/LECON-XVI-28-AVRIL-1965-SEMINAIRE-FERME>.

⁶⁵ « Il est tout à fait certain que c'est dans la façon dont la langue a été parlée et aussi entendue pour tel et tel dans sa particularité [c'est cela que Lacan désigne par *lalangue*], que quelque chose ensuite ressortira en rêves, en toutes sortes de trébuchements, en toutes sortes de façons de dire. C'est, si vous me permettez d'employer pour la première fois ce terme, dans ce motérialisme que réside la prise de l'inconscient – je veux dire que ce qui fait que chacun n'a pas trouvé d'autres façons de sustenter que ce que j'ai appelé tout à l'heure le symptôme ». LACAN Jacques, « Conférence à Genève sur le symptôme », art.cit. (nous soulignons).

s'y trompe pas, parce que s'il s'avisait de répondre à partir du seul savoir référentiel, il serait tenu d'exposer les marges d'incertitude, les intervalles de confiance, les nuances des niveaux de preuve, finalement les doutes, les certitudes provisoires, qui sont la condition du savoir scientifique.

Les médecins ont peut-être espéré se livrer au savoir absolu, qui allait prendre le relais de leurs pouvoirs de prêtre (d'Esculape) et de chaman guérisseur. Mais ça n'a pas marché, ne serait-ce qu'à cause de la contingence, parce que c'est un être singulier qui le consulte, à savoir un être parlant pour qui vivre n'est pas tant un devoir qu'une question. Pour Loïc Etienne, on est passé du sorcier à un être hybride à la fin du XX^e siècle :

« Le sorcier est mort d'avoir cru que devenir un technicien le déchargerait du fardeau que représente le fait de s'investir dans une relation forte, humaine et vraie avec le malade. Une nouvelle créature a pris sa place : c'est le médecin moderne, sorte d'être hybride, partagé entre un certain désir d'humanité que la société ne lui permet plus d'exprimer, et une allégeance certaine à la science dans laquelle il a perdu son âme »⁶⁶.

Au lieu de se penser comme le praticien d'une *tekhnē* (Cf. Chapitre VIII), c'est-à-dire ce savoir taillé pour le contingent et le multiple, au lieu d'être lucide sur l'usage du quadruple registre de la vérité comme cause matérielle, formelle, efficiente, et finale qui est diversement mobilisé dans la situation clinique, le médecin a pu être tenté par le charlatan qui le suit comme son ombre : piètre chaman, scientifique de bas niveau, finaliste à la petite semaine, psychologue de comptoir⁶⁷. Voyez Knock, son archétype⁶⁸. « Vous êtes fatigué, triste, endolori ? C'est votre maladie ! » Et quand ce n'est pas la maladie, c'est le traitement (ou le stress, la pollution, la dépression, le burn-out, l'air du temps...) ! « Tenez, prenez ça, et tenez-bon ! »

C. L'EBRANLEMENT PAR L'INTERNET.

Grâce à l'Internet, proclame une doxa enchantée et enchanteresse, la relation médecin-malade accèderait à un niveau supérieur : mieux informés, les patients utilisent mieux les ressources de santé et leur compliance au traitement est meilleure⁶⁹. La connaissance est mieux partagée, ce qui améliore la communication en général⁷⁰. Les patients se sentent responsabilisés, « encapacités » (*empowered*), contrôlent mieux leur état de santé (par exemple en accédant à leur propre dossier médical), sont plus à même de prendre des décisions, ou d'y participer activement⁷¹. Le temps de la consultation est mieux employé puisque des bases ont été acquises avant la consultation. Le concept de consentement éclairé prend davantage de sens.

⁶⁶ ETIENNE Loïc, *La mort du sorcier*, Paris, Albin Michel, 1993, p. 367.

⁶⁷ On retrouve ces figures dans les récits de patients, et tout particulièrement dans celui de Marie Sey, qui ne mâche pas ses mots : « sous-traitant du chercheur », « RMIste de la parole », « virtuose du dictionnaire Vidal ». SEY Marie, *Le malaise d'Hippocrate...*, op.cit.

⁶⁸ ROMAINS Jules, *Knock ou le triomphe de la médecine*, op.cit.

⁶⁹ WALD HS, DUBE CE, ANTHONY DC, « Untangling the Web—The impact of Internet use on health care and the physician-patient relationship », *Patient Educ Couns* 2007 ; 68: 218-24 ; NABARETTE H, « L'internet médical et la consommation d'information par les patients », art.cit.

⁷⁰ TAN Sharon Swee-Lin, GOONAWARDENE Nadee, « Internet health information seeking and the patient-physician relationship : a systematic review », *Journal of Medical Internet Research* 2017;19(1):1-15.

⁷¹ Philippe Petit illustre la vanité de ces présupposés. PETIT Philippe, *Philosophie de la prostate*, op.cit.

L'information donnée par le médecin est potentialisée. D'autres avantages sont soulignés : les groupes de soutien en ligne sont une source d'encouragement et d'échanges entre patients ; grâce à l'accès aux données « EBM » et par les échanges avec ses pairs, le médecin améliore et actualise ses propres connaissances. L'usage de l'Internet pourrait aussi favoriser la participation aux essais cliniques en oncologie⁷². Bien entendu, il y a aussi des conséquences négatives sur la relation : méfiance accrue lorsque l'auto-diagnostic assisté par la Toile ne correspond pas à l'hypothèse du médecin, crises anxieuses déclenchées par des informations alarmistes puis blâmées par un médecin vexé, etc.

Notre hypothèse est que la secousse produite ne réalise qu'un « bougé » de surface qui ne change pas fondamentalement le cœur de la relation médicale, quoiqu'on en dise⁷³. C'est Knock qui est menacé. La question vitale adressée au médecin devient plus difficile à escamoter.

C.1 PREMISSES.

Hypothèse 1: l'usage de l'Internet en santé est une relance massive de la croyance en une réponse enfin accessible, une tentative réussie de relancer la quête des réponses aux questions « que devons-nous faire »?, « comment devons-nous vivre » ? On se souvient de ce qu'écrivait Kant dans *Le conflit des Facultés* : « On peut se sentir bien portant (juger d'après son sentiment de bien-être vital), mais l'on ne peut jamais savoir que l'on est bien portant »⁷⁴. Et aussi, un peu plus loin dans le même texte : « l'absence de ce sentiment [d'être malade] ne permet pas à l'homme d'exprimer qu'il se porte bien autrement qu'en disant qu'il va bien en apparence »⁷⁵. L'Internet donne un coup d'accélérateur à l'espoir d'un savoir qui consoliderait le sentiment d'être bien portant, qui viendrait au secours du manque de savoir possible sur sa santé, lequel manque n'aura été bientôt plus qu'une ignorance vaincue par les *big data* et l'intelligence artificielle. La leçon que Canguilhem tirait des réflexions kantienne semble datée, lorsqu'il affirmait que la santé est « un objet hors du champ du savoir », qu'« il n'y a pas de science de la santé »⁷⁶. Sur l'Internet, la science de la santé n'affiche-t-elle pas son omniprésence ? Que l'on parle de « société de la connaissance » ou de « société du risque », dans les deux cas est fournie « une description déterminée du monde contemporain »⁷⁷.

Hypothèse 2 : les médecins sont d'autant plus faciles à concurrencer sur ce terrain qu'ils sont adeptes de Knock. De fait, l'Internet peut faciliter l'accès à l'information, mais aussi à la connaissance, il peut aider tout un chacun à suivre l'invitation des Lumières dans sa devise : « Sapere aude »! Aie le courage de savoir, de te servir de ton propre entendement »⁷⁸. Affronte

⁷² SIMON C, SCHRAMM S, HILLIS S, « Patient internet use surrounding cancer clinical trials : clinician perceptions and responses », *Contemporary Clinical Trials* 2010 ; 31 : 229-34.

⁷³ Une enquête apporte des arguments empiriques à l'appui de notre hypothèse : LU Tian, XU Yunjie, WALLACE Scott, « Internet usage and patient's trust in the physician during diagnoses : a knowledge power perspective » *Journal of the Association for Information Science and Technology* 2018; 69(1):110-120.

⁷⁴ KANT Emmanuel, *Le conflit des facultés en trois sections*, op.cit., p.117.

⁷⁵ Ibidem.

⁷⁶ CANGUILHEM Georges, « La santé : concept vulgaire et question philosophique », art. cit., p.52.

⁷⁷ BERTHELOT Jean-Michel, *L'emprise du vrai. Connaissance scientifique et modernité*, Paris, Presses universitaires de France, « Sociologie d'aujourd'hui », 2008, p.172.

⁷⁸ KANT Emmanuel, « Réponse à la question : qu'est-ce que les Lumières ? », op.cit.

le désenchantement avec courage ! Les connaissances scientifiques sont largement publicisées et certaines associations d'usagers s'en sont saisies pour interpeller directement les pratiques médicales qui ne s'y étaient pas pliées. L'Internet est alors un nouveau gardien de la morale, tel « l'éthicien »⁷⁹, chargé par un consomm-acteur (*empowered consumer*) aux abois de limiter la volonté de puissance (érodée) du pouvoir médical et la volonté de vérité (soupçonnée) du scientifique-expert.

Bien souvent, l'Internet ne donne pas tant accès à la science qu'à sa vulgarisation : on se familiarise avec le vocabulaire de la science, même si ce sont des mots que l'internaute ne maîtrise pas toujours. Se trouve alors mis en place un monde qui s'impose, duquel chacun est dépendant, qui répond à la curiosité par un jargon (avec des mots savants, des chiffres, mais qui ne donne que rarement les conditions de production du savoir de la science, ni, ce qui est essentiel, ses conditions de validité). Cette confrontation transforme le questionnement : l'internaute est désapproprié de ses questions si elles sont reformulées dans un jargon⁸⁰.

En tout cas, la mise en concurrence des solutions et des réponses a démasqué – mais peut-être pas de manière suffisamment explicite – l'imposture en mode Knock. Les guérisseurs prolifèrent-ils sur la Toile ? Autant aller directement à ceux dont la réputation est attestée par les réseaux sociaux ! Que les masques tombent ne révèle rien d'important, sinon l'étendue du leurre qui précédait.

Hypothèse 3. Car l'Internet peut aussi faire mine de ré-enchanter l'internaute avec quelque religion servant les divinités du moment (hygiène, beauté, anti-âge, vigueur sexuelle⁸¹), de coloniser son ignorance de propos scientifiques – ou anti-scientifiques⁸², de lui promettre certaine magie moyennant finances⁸³. Si « le capitalisme enchanteur est aussi bien un capitalisme émotionnel », si « le principe séduction » est devenu immanent aux sociétés contemporaines⁸⁴, n'est-ce pas pour proposer un antidote au désenchantement ? Les individus peuvent composer à la carte « des systèmes de négociations avec le monde », mais « cette libre composition de croyances ne rencontre pas toujours l'expression de la pure connaissance »⁸⁵. Ce sont les voies les plus faciles, attisant une concurrence de légitimité qui inquiétera seulement le médecin qui n'avait pas pris la mesure de son propre exercice. La légitimité qui s'impose par la diffusion foisonnante d'informations est toute pragmatique : à chaque question sa réponse en quelques clics, ou mieux encore, à chaque problème sa solution. Faire montre d'une docte ignorance n'est plus guère possible. Comme le disait Lacan bien avant l'Internet,

⁷⁹ LAROCHELLE Gilbert, ORTE Jesus Jimenez, « Savoir et croyances... », art.cit.

⁸⁰ Jurdant appelle cela la colonisation de notre ignorance, et je trouve cette formule particulièrement pertinente. JURDANT Baudouin, « La colonisation scientifique de l'ignorance », art.cit.

⁸¹ TISSIER-DESBORDES Elisabeth, « Le corps hypermoderne », art.cit.

⁸² Comme le souligne Berthelot, « une partie du monde contemporain a associé la science et la raison aux effets pervers et aux frustrations d'un développement non maîtrisé ». BERTHELOT Jean-Michel, *L'emprise du vrai. Connaissance scientifique et modernité*, op.cit., p.211.

⁸³ Il suffit pour s'en convaincre de naviguer sur la Toile après avoir tapé dans un moteur de recherche quelques symptômes physiques ressentis dans la journée. Les premières pages proposées par Google sont le plus souvent des sites commerciaux.

⁸⁴ LIPOVETSKY Gilles, *Plaire et toucher ; essai sur la société de séduction*, op.cit.

⁸⁵ BRONNER Gérald, « Ce qu'Internet fait à la diffusion des croyances », art.cit.

« depuis quelques temps, dans la médecine, l'ignorance n'est plus assez docte pour que la médecine survive d'autre chose que de superstitions »⁸⁶.

Il serait judicieux que la médecine se délestât des faux semblants, de même qu'il est « d'autant plus urgent de questionner les pertes qui constituent notre époque, que celle-ci est tentée de les résorber dans de nouvelles certitudes »⁸⁷. Weber reconnaissait, pour celui qui devait se résoudre à sacrifier son intellect, une supériorité aux religions anciennes, ancrées dans une tradition. Mais aujourd'hui, ce n'est pas le retour à une spiritualité blanchie sous le harnais des siècles auquel on assiste⁸⁸. C'est un mode de croyance proto-religieuse à la technoscience, un mélange de vérité des causes finales de la religion, des causes efficientes de la magie, et des causes formelles de la science. A la place du politique, le réseau social virtuel. L'Internet accélère la transformation des êtres parlants en choses communicantes quelconques.

Hypothèse 4. Mais on ne peut se défaire d'une relation qui n'était jamais parvenue

« à être une relation simple d'ordre instrumental, capable d'être décrite de telle façon que la cause et l'effet, le geste thérapeutique et son résultat, soient directement liés l'un à l'autre, sur un même plan et de même niveau »⁸⁹.

En effet, la puissance du désenchantement, redoublée de la règle prescrite par la religion néolibérale de l'autonomie obligatoire pour une finalité de la performance, laisse désemparés plus d'un être parlant. L'Internet donne accès à un foisonnement de discours, à une profusion de locuteurs et de messages. L'Internet fournit peut-être l'opportunité au malade de faire de la maladie-*disease* son affaire, alors que le manque d'informations le cantonnait à la maladie-*illness* ou *sickness*⁹⁰. Mais cette opportunité, qui selon Ogien « contribue à diminuer l'importance du médecin dans la lecture des symptômes, le diagnostic et le processus thérapeutique »⁹¹, n'en est pas une pour tout le monde : ce n'est plus la rareté mais la disponibilité extrême du sens qui rend difficile la délibération. L'Internet est périlleux pour ceux qui sont enclins à l'hypocondrie⁹². C'est la même chose d'ailleurs avec la communication des résultats d'analyse et des courriers médicaux (rapports de consultation et d'hospitalisation). Chacun peut se faire son film, se construire un scénario dont il est aussi l'acteur principal, héros ou victime. Une tendance minimaliste peut en résulter : non pas courir un risque mais gérer le risque, non pas affirmer positivement des valeurs mais chercher frileusement le moindre mal. Mais en réalité toute une gamme d'attitudes différentes est observée⁹³.

⁸⁶ LACAN Jacques, *Le Séminaire Le savoir du psychanalyste* (1971-1972), inédit, séance du 4 novembre 1971.

⁸⁷ FOESSEL Michaël, *Le temps de la consolation*, op.cit., p.12.

⁸⁸ ROY Olivier, *La Sainte Ignorance. Le temps de la religion sans culture*, Paris, Seuil, « Points essais », 2008.

⁸⁹ CANGUILHEM Georges, « L'idée de nature dans la pensée et la pratique médicale » (1972), *Ecrits sur la médecine*, Paris, Seuil, 2002, p.15.

⁹⁰ Le contraste apparaît nettement quand on lit des récits d'avant l'Internet. Par exemple : LAMBRICHS Louise L, *Le livre de Pierre*, op.cit.

⁹¹ OGIEN Ruwen, *Mes mille et une nuits...*, op.cit., p.139-140.

⁹² HARTZBAND Pamela, GROOPMAN Jerome, « Untangling the Web - Patients, Doctors, and the Internet », art.cit.

⁹³ THOËR Christine, « Internet : un facteur de transformation de la relation médecin-patient ? », art.cit.

C.2 *WO ES WAR, SOLL ICH WERDEN*

Le désir de dire quelque chose de la signification ultime de la vie (Wittgenstein lui attribuait la naissance de l'éthique⁹⁴) est avivé par le manque que creuse en nous le langage qui ne le permet pas. Là où c'était, *Wo es war*, du côté du savoir, de l'« il y a », je dois advenir comme sujet (*soll Ich werden*⁹⁵), parlant sans savoir. L'inscription venant de la planche à imprimer de la vérité ou de celle du savoir ne mord pas du même côté du parchemin⁹⁶. Descartes s'en remettait au divin pour garantir la vérité. Mais le monde est désenchanté. Et si le savoir de la science est indifférent à son objet et à son sujet, les êtres parlants que nous sommes répondons à l'impératif (*soll Ich werden*) d'assumer notre propre causalité : là où ça pense, dois-je advenir, dans la parole, car ce que je dois faire et comment je dois vivre n'est écrit – en dernière analyse – nulle part.

L'Internet a permis d'éreinter l'idée d'une rencontre médicale comme se déroulant entre un sujet vierge de toute connaissance utile et un autre qui serait seul supposé détenir le savoir. Le malade informé par la Toile questionne son médecin en étant lesté de croyances et de savoirs parcellaires. Mais il vient avec la même question, en son fond, même si sa forme a bougé. Autrement dit, les conditions matérielles du transfert ont bougé, mais pas sa structure fondamentale, laquelle devient même peut-être plus nettement perceptible. Le registre de la vérité comme cause matérielle (celle du signifiant, mobilisée par la psychanalyse mais aussi par la poésie) pourrait réapparaître, et avec lui une médecine qui surmontât la butée qu'oppose la subjectivité à la rationalité du savoir scientifique. Ce qui fait toujours le cœur de la relation clinique, c'est une question posée dans le registre d'un savoir supposé, mais dont la portée réelle touche à la vérité en cause. Le médecin pouvait recevoir cette investiture en toute tranquillité knockienne. Internet le déloge peu ou prou de cette place, et peut permettre de réviser la position médicale⁹⁷. Elle ne repose pas que sur le savoir.

Enfin, l'Internet a permis de rendre plus critique le hiatus entre parole et communication. L'Internet donne accès à des informations : communication de messages sans parole, voire cacophonie. Les paroles échangées dans la consultation ne sont pas réductibles à un outil de communication. Si on réduit la parole à cet office, alors on soignera *avec* la communication verbale, sans se situer pleinement *dans* la parole. « Ce que je cherche dans la parole, c'est la

⁹⁴ WITTGENSTEIN Ludwig, « Conférence sur l'éthique », in *Leçons et conversations*, Paris, Gallimard, « Folio », 1992, p. 142-155.

⁹⁵ *Wo Es war, soll Ich werden*. Ces mots de Freud, épine pour les traducteurs (« Le moi doit déloger le ça » a été imposé aux lecteurs français pendant longtemps) et amplement commentés, se trouvent in Freud, Sigmund ; *Die Zerlegung der psychischen Persönlichkeit*, 31. Vorlesung (1933), Studienausgabe, tome I, Fischer Taschenbuch Verlag, p. 516 et en français, par exemple : FREUD Sigmund, *Nouvelles conférences sur la psychanalyse* (1932), trad. Anne Berman, Paris, Gallimard, 1971.

⁹⁶ LACAN Jacques, « La science et la vérité », art.cit., p. 864.

⁹⁷ Ecrivant cela, j'ai bien conscience d'être sinon optimiste, du moins de plus en plus minoritaire, tant les rumeurs annonçant la fin de la clinique du fait des *big data* deviennent des sirènes lancinantes. De plus en plus de collègues se rendent : « il faut s'adapter ». Mais s'adapter ne signifie pas renoncer à la clinique comme laboratoire de la médecine, et plutôt prendre en considération les inflexions du cadre qu'induisent une distribution jusque là inédite de l'information. Des enquêtes récentes accréditent d'ailleurs l'idée qu'une relation de qualité est toujours le socle de la confiance, même à l'heure de l'Internet : LU Tian, XU Yunjie, WALLACE Scott, « Internet usage and patient's trust in the physician during diagnoses : a knowledge power perspective » *Journal of the Association for Information Science and Technology* 2018; 69(1):110-120.

réponse de l'autre. Ce qui me constitue comme sujet, c'est ma question »⁹⁸. Et « la fonction décisive de ma propre réponse n'est pas seulement approbation ou rejet du discours de l'autre, mais vraiment de le reconnaître ou de l'abolir comme sujet »⁹⁹. On peut communiquer toute l'information nécessaire, et cependant rater la rencontre, courir le risque de la « dés-interlocution » avec ses « effets d'exclusion, de disqualification, d'instrumentalisation » de ceux qu'on observe, même si on communique avec eux¹⁰⁰. Dès lors qu'on place pleinement la pratique médicale *dans* la parole, nous nous exposons aussi à ses chausse-trappes. L'ordinaire des interactions langagières est marqué par une fragilité, des dissonances, des anomalies, des flottements de sens, des silences gênés, des malentendus. S'il s'agit de comprendre un minimum, parce que nous nous situons toujours dans une pratique de soins concrets, il y a des choses qui ne sont pas immédiatement à comprendre mais d'abord à entendre, en se gardant de croire trop vite comprendre.

L'Internet reste confiné dans le régime des questions/réponses, où le répondre se traduirait en anglais par *to answer*. La consultation emprunte aussi, et avant tout, le régime de la réponse à l'appel, où répondre se traduit *to response*¹⁰¹.

⁹⁸ LACAN Jacques, « Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse », op.cit., p.299.

⁹⁹ Ibid., p.300.

¹⁰⁰ Je transpose à la médecine des propos de Chauvier concernant l'anthropologie (CHAUVIER E, *Anthropologie de l'ordinaire. Une conversion du regard*, Toulouse, Anacharsis, 2011).

¹⁰¹ Sur cette distinction, voir le commentaire que propose Michel Vanni de l'œuvre de Bernhard Waldenfels, encore indisponible en français. VANNI Michel, *L'impatience des réponses. L'éthique d'Emmanuel Levinas au risque de son inscription pratique*, Paris, CNRS éditions, 2004, p.237 sq.

CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE

Crises de la médecine et souffrance au travail

EBM prend la pratique du clinicien à contrepied de son jugement pratique. Tirailé entre *care* et *cure*, autonomie et surveillance, le médecin est mis sur la sellette par l'apparente concurrence de l'Internet et des *big data*. La médecine d'aujourd'hui se cherche, questionne ses fondements, doit réviser ses lignes de force. Une crise peut être stimulante, en tant qu'elle signale des mutations en cours et qu'elle annonce des changements. Mais l'écho subjectif du côté des médecins a une tonalité morose. Le déplaisir et la souffrance à soigner, sont aujourd'hui sur le devant de la scène médiatique. Certes, on pourrait observer que s'annonce une position victimaire mal venue : s'il convient de parler de la souffrance, celle des médecins est en quelque sorte un luxe déplacé par rapport à celle des malades. Mais l'objet de notre attention est bien la médecine, considérée de l'intérieur ; si elle « se dit » en proie à la déprime, au déplaisir, et quand bien même elle hystériserait sa plainte pour trouver sa place dans le train des victimes, il convient d'y regarder de près. Certes le contexte général offre deux conditions favorisantes à l'éclosion du malaise des médecins sur la scène publique : la première condition est celle de la souffrance au travail en général, du *burn-out* qui occupe le devant de la scène sociale ces dernières années, et qui a gagné la sphère médiatique¹. La deuxième condition favorisante est celle qu'Alain Badiou dénonçait naguère en ces termes : « nous sommes dans un syndrome dont le symptôme majeur est l'impuissance avérée ». A la nostalgie historique s'ajouterait une composante dépressive et une soumission à la réalité². La médecine étant un champ aux frontières poreuses, cette atmosphère globale peut participer à la souffrance des médecins d'aujourd'hui.

En abordant ce thème dans ces propos conclusifs de la deuxième partie de la thèse, nous voulons – à partir de constats empiriques – exposer quelle sont les conséquences psychiques éprouvées par les professionnels des crises qui traversent la médecine. Un degré inquiétant de souffrance liée au travail est attesté. Mais nous verrons aussi que l'analyse étiologique qui en est généralement proposée s'attarde surtout sur un autre aspect critique, celui de l'organisation des soins. Ce sera donc aussi l'occasion de développer une dimension que nous n'avons fait que mentionner par endroits. Toutefois, nous faisons l'hypothèse que ce que nous avons étudié dans cette partie comme dimensions de la crise contemporaine de la médecine sont des déterminants plus fondamentaux encore de son malaise que ne l'est la pression managériale. Certes, et nous le reverrons d'ailleurs en détail, cette pression a des effets délétères tout à fait sournois, mais ils sont d'autant plus puissants que la boussole de la pratique est dérégulée par les multiples contestations dont elle fait l'objet.

¹ La popularité du terme et sa diffusion tendent aujourd'hui à atténuer la perspective psycho-sociale initiale. Christine CHEVRET-CASTELLANI, « La médiatisation du *burn out* dans la presse écrite. Le cas du quotidien Le Monde », *Questions de communication* 2017 ; 31 [En ligne].

² BADIOU Alain, *De quoi Sarkozy est-il le nom ?*, Paris, Editions Lignes, 2007.

Conclusion de la deuxième partie

Quelle est la clinique de cette souffrance, ou plus largement, de l'insatisfaction qui gagne les médecins ? Quelques chiffres permettent d'estimer l'ampleur du phénomène. Dans les années 1970, 95% des praticiens des USA se déclaraient satisfaits de leur pratique. Ils ne sont plus que 2/3 vingt ans plus tard, et en 2002, 60% des médecins déclarent que leur enthousiasme au travail a décliné au cours des cinq dernières années³. Un constat analogue est dressé en Allemagne⁴, au Royaume-Uni⁵, en Suède⁶ ou en Suisse⁷. Le médecin malheureux serait un phénomène mondial⁸, touchant autant la ville que l'hôpital⁹. L'incidence semble plus forte chez les jeunes médecins¹⁰, et dans les pays dont les systèmes de santé font la part belle au rendement¹¹: les praticiens employés des organismes de *Managed Care* sont globalement moins satisfaits que ceux qui travaillent dans d'autres contextes¹². En France, le Conseil national de l'ordre des médecins s'inquiétait au seuil du millénaire de la démotivation possible des médecins¹³. Une enquête nationale (SESMAT : Santé et satisfaction des médecins au travail) a été menée en 2007 auprès des praticiens hospitaliers de l'hexagone¹⁴. Les premiers résultats sont jugés préoccupants : 30% éprouvent des difficultés psychologiques, 42% ont un score général de *burn-out* élevé, et 25% un score de *burn-out* élevé par rapport aux soins du patient. Un médecin hospitalier sur six a l'intention de quitter son travail¹⁵.

Si l'impact réel de leur insatisfaction n'est pas encore bien connu, les médecins estiment qu'elle affecte leur disponibilité au soin¹⁶, accroît le nombre d'erreurs¹⁷, détériore la qualité de leurs relations avec les malades¹⁸, alors même que « la présence d'un être humain attentif, qui prend soin, qui restaure, est le catalyseur vers la guérison »¹⁹. On craint aussi que les patients ne

³ WILLIAMS ES, SKINNER AC, « Outcomes of physician job satisfaction: a narrative review, implications and directions for future research », *Health Care Management Review* 2003; 28 (2): 119-39.

⁴ STRECH D, DANIS M, LÖB M, MARCKMANN G, « Extent and impact of bed rationing in German hospitals: results of a representative survey among physicians », *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2009; 134 (24): 1261-6.

⁵ WATT I, NETTLETON S, BURROWS R, « The views of doctors on their working lives: a qualitative study », *Journal of the Royal Society of Medicine* 2008;101 (12): 592-7.

⁶ KJELDMAND D, HOLMSTRÖM I, « Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners », *Annals of Family Medicine* 2008; 6, 138-45.

⁷ BOVIER PA, PERNEGER TV, « Predictors of work satisfaction among physicians », *The European Journal of Public Health* 2003; 13 (4): 299-305.

⁸ EDWARDS NR, KORNACKI MJ, SILVERSIN J, « Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? » *British Medical Journal* 2002; 324: 835-8.

⁹ GABBE SG, MELVILLE J, MANDEL L, WALKER E, « Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: diagnosis, treatment and prevention », *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002; 186 (4): 601-12.

¹⁰ KREBS EE, GARRETT JM, KONRAD TR, « The difficult doctor? Characteristics of physicians who report frustration with patient: an analysis of survey data », *BioMed Central Health Services Research* 2006; 6: 128; SHANAFELT TA, SLOAN JA, HABERMANN TM, « The well-being of physicians », *American Journal of Medicine* 2003; 114 (6): 513-9.

¹¹ ARNETZ BB, « Psychosocial challenges facing physicians of today », *Social Science and Medicine* 2001 ; 52 (2): 203-13.

¹² LINZER M, KONRAD TR, DOUGLAS J, McMURRAY JE, PATHMAN DE, WILLIAMS ES, SCHWARTZ MD, GERRITY M, SCHECKLER W, BIGBY JA, RHODES E, « Managed care, time pressure, and physician job satisfaction: results from the physician worklife study », *Journal of General Internal Medicine* 2001; 15 (7): 441-50.

¹³ BOUQUIER JJ, *Evolution du métier de médecin*, Rapport de la Commission nationale permanente, Conseil National de l'Ordre des Médecins, France, 2001. <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/evolutionmetier.pdf>.

¹⁴ C'est une extension aux médecins de l'enquête NEXT (*Nurse Early Exit Study*) pour les infirmières.

¹⁵ ESTRYN-BEHAR Madeleine, LEIMDORFER François, PICOT Geneviève, « Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail. Réponses aux questions ouvertes d'une enquête nationale », *Revue française des affaires sociales* 2010/4 ; 4 : 27-52.

¹⁶ HOWE RK, « Goals of postgraduate physician training », *Health Affairs* 2009; 28 (3): 927.

¹⁷ FIRTH-COZENS J, GREENHALGH J, « Doctors' perceptions of the link between stress and lowered clinical care », *Social science and Medicine* 1997; 44 (7): 1017 - 22.

¹⁸ STRECH D, et al., « Extent and impact of bed rationing in German hospitals... », art.cit.

¹⁹ HOWE RK, « Goals of postgraduate physician training », art.cit.

Conclusion de la deuxième partie

soient contaminés par contagion de l'insatisfaction des praticiens²⁰. Des conséquences coûteuses pour l'ensemble du système de santé sont aussi redoutées, car les médecins malheureux sont moins efficaces, abandonnent leurs postes, et prennent leur retraite prématurément²¹.

La forme clinique majeure de l'insatisfaction est le *burnout*, syndrome qui toucherait selon les études de 30 à 60% des médecins²², avec des manifestations variées : céphalées, fatigue, hypertension, infarctus, troubles du sommeil, irritabilité, anxiété, dépression, addictions, problèmes conjugaux...²³ Le terme *burnout* apparaît dans la littérature américaine au cours des années 1970, pour décrire les conséquences de rapports problématiques des gens avec leur travail, notamment dans les services à la personne – on parlait alors de fatigue, perte d'idéal et de passion²⁴. Progressivement le concept est devenu un thème de recherche académique, caractérisé comme un syndrome psychologique en réponse à des « stressseurs » chroniques liés au travail. Les trois dimensions clés sont l'épuisement extrême, le sentiment d'inefficacité, les attitudes de cynisme et de désaffection vis-à-vis du travail. Si certains traits de personnalité (selon les typologies : manque d'estime de soi, propension à l'évitement, caractère obsessionnel avec doute, culpabilité, sens exagéré des responsabilités) pourraient en favoriser la survenue, pour Maslach, un des pères de la notion, le *burnout* est à comprendre comme une série de décalages et désaccords (*mismatch* est le terme employé) entre le travail et le travailleur dans différents domaines : la charge de travail, son contrôle, les gratifications, l'esprit d'équipe, l'équité et les conflits de valeurs²⁵. On peut établir son score de burn-out sur le web en remplissant un questionnaire, le MBI (*Maslach burn out inventory*).

Voilà pour la clinique, mais quelles en sont les causes ? On parle de crise et d'urgence à ressaisir le sens de l'engagement profond qu'est la médecine, à retrouver son âme²⁶. Les causes qui tiendraient au cœur de la pratique (par exemple travail difficile, émotionnellement éprouvant, source de préoccupations, de frustrations, d'anxiété) sont rarement mentionnées²⁷. Ce sont surtout les changements culturels de la médecine et de l'organisation des soins qui sont rendus responsables du malheur des médecins. Les raisons sont multiples : limitation de l'autonomie professionnelle et du contrôle de leur activité par les praticiens eux-mêmes, mise en place d'une série de contraintes extérieures, audits, évaluations de conformité, pressions

²⁰ HAAS JS, COOK EF, PUOPOLO AL, BURSTIN HR, CLEARY PD, BRENNAN MT, « Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? », *Journal of General Internal Medicine* 2000; 15 (2): 122-8 ; SPICKARD Jr A, GABBE SG, CHRISTENSEN JF, « Mid-career burnout in generalist and specialist physicians », *The Journal of the American Medical Association* 2002;288 (12): 1447-50.

²¹ WILLIAMS ES, SKINNER AC, « Outcomes of physician job satisfaction... », art.cit.

²² SHANAFELT TA, et al., « The well-being of physicians », art.cit.; WILLIAMS ES, SKINNER AC, « Outcomes of physician job satisfaction... », art.cit.

²³ SPICKARD Jr A et al., « Mid-career burnout in generalist and specialist physicians », art.cit.

²⁴ On peut comparer cette littérature aux propos de Jean Reverzy dans les années 50 : « Qui veut connaître la psychologie des médecins doit d'abord connaître leur fatigue. (...) Cette loi du travail forcé est la même à tous les degrés de la hiérarchie : nul ne cherche à s'y soustraire ». Cette fatigue qui les écrase rend compte de leur conduite : en dehors du métier, viser le moindre effort, ménager ses pensées, redouter l'émotion, se détourner de la recherche, se réfugier « dans les délices faciles du conformisme ». REVERZY Jean, « Mon métier de médecin », *Oeuvres complètes*, Paris, Flammarion, 2002, p.453.

²⁵ MASLACH C, SCHAUFELI WB, LEITER MP, « Job burnout », *Annual Review of Psychology* 2001;52: 397-422.

²⁶ REMEN RN, « Recapturing the soul of medicine: physicians need to reclaim meaning in their working lives », *Western Journal of Medicine* 2001;174 (1), 4-5.

²⁷ ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, *Doctors in society - Medical professionalism in a changing world...*, op.cit.

Conclusion de la deuxième partie

budgétaires, impératifs gestionnaires, surcharge bureaucratique, responsabilité accrue sur des critères non-médicaux, harcèlement moral²⁸. En fait, considérer le soin et l'organiser comme n'importe quelle activité de production industrielle est un désastre, mais les soignants ne se sont pas armés pour contrer les calamités de la standardisation. Ils se sentent d'autant plus vulnérables²⁹ qu'ils ne savent pas à quel moment ils ont fini par perdre de vue le sens de leur pratique. Ces contraintes sont coûteuses en temps³⁰, peuvent forcer à des choix pour désigner quels malades pourront bénéficier des meilleures prises en charge³¹. En France, on entre avec un certain retard dans l'économie néolibérale où il s'agit de « projeter sur un art général de gouverner les principes formels d'une économie de marché »³². L'hôpital était épargné tant qu'il était considéré comme une institution. Maintenant, le mot d'ordre est de le faire évoluer en entreprise de production de soins³³. Plus récemment, l'attention s'est portée sur la charge cognitive que représente l'usage intensif des technologies numériques³⁴.

Cet horizon nouveau des systèmes de santé prendrait les médecins de court : ils ont été formés à travailler avec des individus plutôt qu'avec des organisations ; à faire le maximum pour chaque patient plutôt qu'à négocier des compromis dans un contexte de ressources limitées³⁵. Mais ce décalage managérial n'est pas le seul à faire rupture entre la formation initiale et la vie professionnelle³⁶, et c'est là que nous retrouvons en creux différents aspects de la crise analysés dans les chapitres qui précèdent. La formation initiale insiste sur les aspects scientifiques et techniques de la médecine et sur l'efficacité qui en découle « naturellement », alors que le quotidien de l'exercice est plein de désillusions par rapport à ces aspects, et confronte le médecin à des personnes, alors qu'il y est insuffisamment préparé³⁷. Comment ne pas y lire, en-deçà des enjeux de formation, les effets d'une crise épistémologique et d'une crise des finalités ? C'est particulièrement vrai en médecine générale, où les plaintes indifférenciées, le doute diagnostique, la complexité, l'accompagnement au long cours de maladies chroniques sont loin de l'idéal que propose à l'étudiant la médecine technologique³⁸. Cette fréquentation est fatigante, mais remarquons qu'elle l'était déjà dans les années 50 :

« Dans l'exercice de son métier, le médecin, dès ses débuts, court le danger de mort intellectuelle. Devant la maladie qui se reproduit sans cesse, l'activité d'un docteur, après

²⁸ SPICKARD Jr A et al., « Mid-career burnout in generalist and specialist physicians », art.cit.; BOVIER PA, PERNEGER TV, « Predictors of work satisfaction among physicians », art.cit.; HOROWITZ CR, SUCHMAN AL, BRANCH WT Jr, FRANKED RM, « What do doctors find meaningful about their work? » *Annals of Internal Medicine* 2003; 138 (9): 772-6 ; HALIMI Philippe, MARESCAUX Christian, *Hôpitaux en détresse, patients en danger. Arrêtez le massacre !*, Paris, Flammarion, 2018.

²⁹ Nous reviendrons sur la vulnérabilité du soignant dans le ch.V de la troisième partie.

³⁰ SMITH R, « Why are doctors so unhappy? There are probably many causes, some of them deep », *British Medical Journal* 2001; 322 (7294): 1073-4.

³¹ STRECH D, et al., « Extent and impact of bed rationing in German hospitals... », art.cit.

³² FOUCAULT Michel, *Naissance de la biopolitique*, op.cit., p. 137.

³³ WEBER Jean-Christophe, « L'immixtion de l'économie dans la pratique médicale : principe de réalité ou choc des cultures », art.cit.

³⁴ PRIVITERA Michael RL, ROSENSTEIN Alan H, LOCASSTRO Tara M, « Physician burnout and occupational stress : an inconvenient truth with unintended consequences », *Journal of Hospital Administration* 2015; 4(1):27-35.

³⁵ EDWARDS NR, et al., « Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? », art.cit.

³⁶ WEBER Jean-Christophe, « L'immixtion de l'économie dans la pratique médicale : principe de réalité ou choc des cultures », art.cit.

³⁷ PERSAUD R, « The drama of being a doctor », *Postgraduate Medical Journal* 2005;81(955):276-7.

³⁸ PESTIAUX D, VANWELDE C, « Becoming a general practitioner. Where's the joy in that? », *Canadian Family Physician* 2007; 53: 391-2.

Conclusion de la deuxième partie

une brève initiation, se réduit à une série limitée de paroles, de gestes et de pensées qui ne peut en aucun cas stimuler l'intelligence. (...) Trop de contacts humains, un tête-à-tête permanent avec la réalité palpable, ne peuvent qu'aboutir à ce rapetissement de l'esprit. L'intelligence surmenée du médecin ne perçoit plus les questions trop criantes de la vie »³⁹.

Les crises contemporaines exacerbent des difficultés antérieures, c'est d'ailleurs pourquoi nous nous autoriserons aussi le recours à des sources anciennes pour penser le moment actuel. Le modèle biomédical et les pratiques fondées sur les faits prouvés (culture de l'*Evidence Based Medicine*) façonnent une position imaginaire d'expert déconnectée des relations interpersonnelles et des cas concrets ; cette insistance mettrait à mal les conditions mêmes du soin, la présence attentive et le service⁴⁰. En même temps que cette image de l'expert est façonnée et promue, les nouvelles recommandations professionnelles requièrent de la part des médecins davantage d'empathie, de sympathie, de sensibilité, pour mieux répondre aux aspirations des patients⁴¹. Il en résulte un certain brouillage identificatoire, sur lequel nous reviendrons plus longuement dans la troisième partie.

Les patients ont tendance à devenir plus informés, plus consommateurs, plus exigeants, et ils expriment parfois des attentes sans commune mesure avec les possibilités effectives de la médecine⁴² : crise du pouvoir, crise de l'information... Gagnés par un sentiment d'impuissance et de violence subie, les médecins se sentent moins bien considérés socialement, et perçoivent douloureusement la défiance voire l'hostilité des médias⁴³ : crise de légitimité. Leurs propres représentations de leur vie professionnelle (des gens ordinaires qui jonglent avec les réalités quotidiennes du travail), ne s'accordent pas avec celles du public (une élite sociale puissante qui occupe une position avantageuse)⁴⁴. L'ancien équilibre entre les sacrifices consentis (vie privée réduite, études longues, rémunération différée, contacts avec des populations en difficulté) et reconnaissance au sens large (rémunération confortable, autonomie professionnelle, sécurité de l'emploi, respect du public) est devenu bancal. Si le métier de médecin tend à devenir un « job » comme un autre, sous l'influence de modifications plus globales du rapport au travail, de nouvelles interrogations surgissent quant à la responsabilité : dans quelle mesure le médecin reste-t-il responsable vis-à-vis du patient ?⁴⁵ Cela signifie concrètement : jusqu'à quelle heure après une nuit de garde ? « Le cave⁴⁶ se rebiffe » d'autant plus que sa responsabilité s'accroît vis-à-vis d'objectifs non-médicaux, notamment les indices de performance du système⁴⁷.

Par contraste, la littérature professionnelle ne fait pas grand cas du plaisir au travail. Certainement, il y a un certain plaisir à réussir une opération chirurgicale ou un diagnostic difficile. Ce plaisir du succès, de la victoire, n'est pas réductible à la seule satisfaction égoïste

³⁹ REVERZY Jean, « Mon métier de médecin », op.cit., p.456.

⁴⁰ REMEN RN, « Recapturing the soul of medicine... », art.cit.; HOWE RK, « Goals of postgraduate physician training », art.cit.

⁴¹ ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, *Doctors in society - Medical professionalism in a changing world...*, op.cit.

⁴² SMITH R, « Why are doctors so unhappy?... », art.cit. ; WATT I et al., « The views of doctors on their working lives: a qualitative study », art.cit.

⁴³ EDWARDS NR, et al., « Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? », art.cit.

⁴⁴ WATT I et al., « The views of doctors on their working lives: a qualitative study », art.cit.

⁴⁵ HUTCHINS M, « Medicine as a job, not a calling? », *Health Affairs* 2009 ; 28 (3) : 927-8.

⁴⁶ Cave : Personne honnête qui travaille légalement, par opposition au milieu ; dupe, idiot, imbécile, crédule.

⁴⁷ EDWARDS NR, et al., « Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? », art.cit.

dont le malade serait le support provisoire. Il y a aussi du plaisir dans la capacité de faire face aux situations difficiles⁴⁸, d'avoir de bons rapports professionnels avec ses pairs, de se sentir compétent⁴⁹, et même de pouvoir ruser avec les contraintes d'organisation⁵⁰. Mais les médecins invités à s'exprimer sur leurs satisfactions au travail indiquent avant tout et presque exclusivement le domaine des relations avec les malades⁵¹: dans une enquête qualitative menée au Royaume-Uni auprès d'un échantillon diversifié de médecins, travailler avec des personnes, être aux prises avec leur vie intime, voir leur état de santé s'améliorer, les soutenir dans des moments difficiles, faire quelque chose de positif pour l'humanité restent des éléments gratifiants qui enrichissent la vie professionnelle⁵². Ces résultats sont corroborés par une autre enquête, américaine, sur les moments significatifs de la vie professionnelle : les médecins ne rapportent pas tant les succès thérapeutiques que la profondeur des relations, le partage de l'intimité dans des moments cruciaux de la vie des gens, la capacité thérapeutique liée à la seule présence⁵³. Ainsi, il faut retenir cet effet de contraste entre l'insatisfaction, voire le *burnout*, qui sont mis surtout sur le compte des transformations de l'organisation des soins et des contraintes extérieures, et la relation médecin-malade qui paraît être le plus puissant déterminant de la satisfaction au travail.

Comment interpréter cette quasi-exclusivité ? Deux hypothèses sont possibles : si le domaine des relations avec les malades constitue le noyau dur de l'engagement professionnel, ce cœur de métier serait en quelque sorte épargné par les mutations de la médecine, qui ont érodé les autres sources de satisfaction possible des cliniciens ; la satisfaction trouverait encore refuge dans les relations personnelles qu'ils tissent avec quelques patients (parmi tous ceux qui sont soignés). Alternativement, il est possible que l'insatisfaction soit majeure, précisément parce que ce cœur de métier est aussi menacé. On ne saurait en aucun cas se satisfaire trop facilement de discours qui ne prêchent l'importance de la relation que pour cacher l'ignorance de ce qui s'y joue⁵⁴.

Face à l'ampleur de la crise, on fait feu de tout bois, il faut prévenir le *burnout* par tous les moyens : groupes Balint⁵⁵, ateliers d'écriture⁵⁶, groupes de parole⁵⁷... Certaines organisations de soins aux Etats-Unis ont instauré des programmes complets pour les médecins qu'elles

⁴⁸ KJELDMAND D, HOLMSTRÖM I, « Balint groups as a means to increase job satisfaction... », art.cit.

⁴⁹ HOROWITZ CR, et al., « What do doctors find meaningful about their work? », art.cit.

⁵⁰ SOLOMON J, « How strategies for managing patient visit time affect physician job satisfaction: a qualitative analysis », *Journal of General Internal Medicine* 2008;23 (6): 775-80.

⁵¹ FAIRHURST K, MAY C, « What general practitioners find satisfying in their work: implications for health care system reform », *Annals of Family Medicine* 2006;4: 500-5; NATIONAL PHYSICIANS SURVEY, « What family physicians find rewarding », *Canadian Family Physician* 2007; 53 (10): 1747; KJELDMAND D, HOLMSTRÖM I, « Balint groups as a means to increase job satisfaction... », art.cit.

⁵² WATT I et al., « The views of doctors on their working lives: a qualitative study », art.cit.

⁵³ HOROWITZ CR, et al., « What do doctors find meaningful about their work? », art.cit.

⁵⁴ Lucien Israël bataillait fermement contre les prédicateurs bien-pensants de la relation médecin-malade, dont il proclamait l'inexistence pour mieux réveiller son lecteur. Voir notamment ISRAËL Lucien, « La demande du malade », art.cit.

⁵⁵ KJELDMAND D, HOLMSTRÖM I, ROSENQVIST U, « Balint training makes GP thrive better in their job », *Patient Education and Counseling*, 2004; 55 (2): 230-5.

⁵⁶ SMITH SB, « This sylvan game - Creative writing and GP wellbeing », *Australian Family Physician* 2008;37 (6): 461-2.

⁵⁷ RABOW MW, MCPHEE SJ, « Doctoring to heal : fostering well-being among physicians through personal reflection », *Western Journal of Medicine* 2001; 174 (1): 66-9.

Conclusion de la deuxième partie

emploient⁵⁸. L'association américaine des professeurs de médecine diffuse des suggestions pratiques issues d'études empiriques⁵⁹ : soigner ses relations (familiales, amicales, professionnelles) ; saisir les occasions de réfléchir et partager avec les collègues sur les aspects émotionnels et existentiels de la profession ; nourrir sa dimension spirituelle et développer sa philosophie de vie ; choisir activement le cadre de son exercice professionnel ; pratiquer « l'auto-soin » par la supervision aussi bien que par les loisirs et l'hygiène de vie⁶⁰. On n'est pas loin des exercices de l'Antiquité que Foucault rassemble sous le terme de « pratiques de soi »⁶¹. Mais la doctrine molle qui les sous-tend est celle d'un palliatif, alors qu'une cure plus radicale semble indiquée !

Ainsi, il nous semble essentiel de ne pas confondre le plaisir lié à la pratique de la médecine et une satisfaction d'ordre relationnel, dont la dimension émotionnelle forte est souvent donnée comme explication. Je rappelle ici l'indication de Winnicott : « nous n'attendons pas des relations professionnelles des satisfactions émotionnelles d'amour ou de haine »⁶². En forçant à peine le trait, on pourrait aller jusqu'à suggérer que les médecins attendent de leurs malades que ces derniers comblent leurs attentes affectives pour être heureux dans leur travail. Par contraste, Freud disait que la froideur des sentiments est la manière d'être qui crée les conditions les plus avantageuses pour la conduite du traitement⁶³.

L'angle d'analyse par l'insatisfaction au travail nous amène alors à problématiser notre actualité d'une manière qui n'était pas nécessairement prévisible, à partir de l'enchaînement suivant : (i) le malheur des médecins s'accroît, et il retentit sur l'effectivité des soins ; la conclusion principalement retenue est de tenter par tous les moyens de préserver la satisfaction des médecins, dont la désertion serait dommageable ; (ii) le plaisir des médecins trouve actuellement refuge dans la relation avec certains malades mais cette exclusivité n'est peut-être pas souhaitable, et de plus elle est difficilement praticable si on laisse s'affronter sur des enjeux de savoir et de pouvoir un usager consumériste et un technicien supérieur qui se sent déchiré entre les injonctions à être plus scientifique, plus compassionnel, et plus rentable ; (iii) la question qui doit être posée est alors celle d'un plaisir qui se trouve ailleurs que dans les émotions relationnelles, et partant, qui serait à même de pouvoir affronter les décalages perçus comme sources du déplaisir. Les dimensions de la crise que nous avons répertoriées dans cette deuxième partie contribuent à ce déplaisir, faute d'être traitées et de recevoir une réponse adéquate ; (iv) dégager les racines, l'essence de la pratique devra rejoindre la question du plaisir au travail. Les trois premiers chapitres de la troisième partie répondront à cette problématique, en ressaisissant le sens de la clinique médicale. Ceci permettra, à la fin du chapitre X, d'envisager la question souffrance/plaisir de la pratique sous un angle nouveau.

⁵⁸ DUNN PM, ARNETZ BB, CHRISTENSEN JF, « Meeting the imperative to improve physician well-being: assessment of an innovative program », *Journal of General Internal Medicine* 2007;22 (11): 1544-52.

⁵⁹ WEINER EL, SWAIN GR, WOLF B, GOTTLIEB M, « A qualitative study of physicians' own wellness-promotion practices », *Western Journal of Medicine* 2001;174 (1): 19-23.

⁶⁰ EPSTEIN RM, « Mindful practice », *The Journal of the American Medical Association* 1999; 282 (9): 833-9. SHANAFELT TA, et al., « The well-being of physicians », art.cit.

⁶¹ FOUCAULT Michel, *L'herméneutique du sujet, Cours au Collège de France 1981-1982*, Paris, Gallimard/Seuil, « Hautes Etudes », 2001.

⁶² MARIN Claire, WORMS Frédéric (dir), *A quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott*, Paris, Presses Universitaires de France, « Questions de soin », 2015.

⁶³ FREUD Sigmund, « Conseils au médecin dans le traitement psychanalytique », art.cit.

TROISIEME PARTIE

PRATIQUE DE LA CLINIQUE

GRAMMAIRE ET CONCEPTS

« Il y a effectivement des conséquences, mais elles sont diffuses. L'expérience, et donc l'observation sous ses diverses formes, peut nous les enseigner. Et on ne peut ensuite en donner aucune formulation générale. Ce n'est que dans des cas disséminés que l'on peut porter un jugement pertinent et fécond. Les remarques les plus générales donnent tout au plus ce qui ressemble aux ruines d'un système ».

Wittgenstein¹.

¹ WITTGENSTEIN Ludwig, *Recherches philosophiques*, op.cit., p.319.

Il y a une pratique de la médecine. Ce qui signifie : la médecine se pratique, elle s'exerce.

Le clinicien *exerce* la médecine, c'est-à-dire qu'il la pratique. Mais on peut entendre « exercer la médecine » comme « exercer une action » (médicale), ce qui signifie faire sentir le poids de son pouvoir, de sa force, mettre en action des moyens de pression, d'influence (d'ailleurs on peut dire que la médecine *s'exerce* sur les malades, parfois contre eux), ou comme « exercer une capacité », ce qui signifie la mettre à l'épreuve.

Le clinicien *pratique* la médecine : on entend par là qu'il exerce habituellement ou régulièrement cette activité. Mais la met-il en application comme on pratique une règle ? En observe-t-il simplement les pratiques extérieures, ou est-il aussi un croyant qui adhère à sa doctrine et la met en pratique ? Met-il en action une théorie, des règles et/ou une méthode, ou a-t-il recours à des procédés, à des moyens ? Pratique-t-on la médecine comme on exécute des actes (certains sont médicaux : on pratique un lavement, une injection, un pontage), ou comme on fréquente assidûment au point de bien connaître (le médecin pratique la médecine comme un autre la montagne ou le Japon) ?

Pratiquer, exercer la médecine. La clinique rassemble un ensemble d'actions. Quels sont les verbes qui les expriment ? Ce sont des actions corporelles : ausculter, palper, écouter, examiner, diagnostiquer, traiter, prescrire, soigner, guérir, soulager, consoler, parler, informer, persuader, convaincre¹. Mais aussi des actions mentales : raisonner, douter, réfléchir, penser, croire, espérer, prévoir, pronostiquer, redouter, déduire, mémoriser. Nombre d'actions corporelles ou mentales supposent la parole.

Il faudrait un verbe qui les subsumât toutes. Pourrait-on proposer *médiquer*, *cliniquer*, ou encore *doctorer* ?² On y entendrait immédiatement la spécificité de cette pratique-là, alors que « pratique de la médecine » attire davantage vers « pratiquer » une activité *x* ou *y*. On y entendrait davantage l'action en train de s'accomplir, la pratique dans le moment même de son exercice, dans le courant tactique de son mouvement, plutôt que la considération stratégique à distance des forces en présence et des états achevés. Mais ce serait un verbe strictement intransitif, n'admettant qu'un actant, ce qui masquerait la socialité de la pratique : le médecin « doctore » en prodiguant des soins à quelqu'un, en lui prescrivant un traitement, en lui recommandant une diète, etc. Du point de vue grammatical, les verbes d'actions médicales sont volontiers trivalents, et se répartissent parmi les verbes de don (donner, prodiguer, accorder, transmettre, etc. : A prodigue B à C) et les verbes de dire (annoncer, prescrire, commander, conseiller, etc. : A annonce B à C)³.

Il y a une pratique de la médecine. Elle traduit dans des gestes concrets (observer, écouter, examiner) et abstraits (raisonnement) la mise en œuvre de savoirs sur le corps que mobilise une demande adressée au médecin. La première partie nous a montré que cette simplicité d'exposition ne convenait pas à rendre compte d'une réalité bigarrée, et que les évidences sont vite défaits : le corps qui a lieu emprunte à de nombreux registres, les besoins à satisfaire se

¹ On peut ajouter que le chirurgien incise, opère, tranche, suture, ligature, panse...

² En anglais, *doctoring* (et *nursing*) sont d'emploi courant. La phrase « Healing is essential to good *doctoring* » fait sens, mais « the government is *doctoring* the truth » signifie maquillage et falsification.

³ DESCOMBES Vincent, « Dire/Donner. Note sur les verbes trivalents », *Revue du MAUSS* 2017/2 ; 50 : 49-63. Pour une étude plus complète : DESCOMBES Vincent, *Le complément de sujet*, op.cit.

repèrent difficilement, tant sur le corps que dans la parole qui les exprime, la demande adressée au médecin ne leur est pas réductible. L'emprunt fait aux catégories de la rhétorique a permis de lier ces éléments dans une description plus organisée, mais qui exhibe aussi la fragilité d'une entreprise que soutient pourtant une rationalité propre.

La deuxième partie a permis d'analyser quelques une des dimensions d'une crise de la pratique : son statut hésite entre art et science ; la finalité thérapeutique a une visée qui oscille entre l'idiosyncrasie biologique, l'homme générique moyen, les prérogatives individuelles, l'individuation subjective ; son pouvoir navigue entre *cure* et *care*, apaiser les tensions ou libérer les possibilités, répondre à la demande ou limiter l'offre, normaliser et émanciper ; les nouvelles technologies de l'information ont exacerbé cette crise.

Chemin faisant, la pratique médicale est apparue comme un entrelacs de fils hétérogènes dont il semble difficile de faire une synthèse. Chacun de ces fils, pris un à un, est polarisé, tendu par une opposition paradigmatique⁴. Nous en avons déjà rapporté un certain nombre. Selon qu'on prend position pour un des pôles contre l'autre, on décrira une médecine différente, mais surtout on pratiquera une médecine différente.

Reportons ces fils dans un tableau sans prétention à l'exhaustivité, en indiquant pour chacun entre quels pôles opposés il est tendu. Attention, il n'y a pas forcément de correspondance entre ces pôles d'une ligne à l'autre ; autrement dit, il ne faut pas faire des colonnes une synthèse.

⁴ Au sens développé par Barthes, notamment dans le cours sur le Neutre. BARTHES Roland, *Le Neutre*, op.cit.

FIL	OPPOSITION PARADIGMATIQUE	
Objet de la pratique	Maladie	Malade
Finalité	Traiter (une maladie)	Soigner (un malade)
Modalité d'individualisation	Médecine de précision	Médecine centrée sur le patient
Diagnostic	Clinique du cas	Nosologie/statistiques
Corps	Körper	Leib
Rapport Corps/Ame	Dualisme	Monisme
Demande du malade	Satisfaire les besoins	Demande d'amour
Rapport à la science	La médecine est une science	La médecine est un art
Savoirs mobilisés	Incorporés	Objectifs (<i>evidence-based</i>)
Emotions/Affects	Nécessaires	Inopportuns
Subjectivité du malade	Moi conscient	Sujet de l'inconscient
Langage	Communication	Récit
Communication	Information	Persuasion
Pouvoir du médecin	Direction	Service
Dispositif politique 1	Prévention	Normalisation
Dispositif politique 2	Service de l'individu	Service de la santé publique
Morale dominante	Principlisme	Utilitarisme
Autonomie du malade	Souveraineté de l'individu	Protection des vulnérables
Bienfaisance	Vise l'homéostasie	Vise la normativité propre
Expérience	Expérience vécue	Expérimentation
Vertus du praticien	Intellectuelles	Morales
Gestion des risques	Contrôlée	Relâchée
Rapport aux recommandations	Obéissance	Interprétation
Raisonnement	Statistique	Expérimental
Rapport aux biotechnologies	Usage	Obéissance
Raisonnement prépondérant	Système 1	Système 2 (Kahneman)
Méthode	Expérimentale	Statistique
Qualité	Standardisée	A la mesure de chacun
Focalisation	Particulier (humanisme)	Général (science)
Santé	Homéostasie	Dépense improductive

Soit donc cette tresse, cet entrelacs de fils tendus par des polarités opposées. Ils interviennent ensemble dans ces deux temps cruciaux de l'activité clinique saisie en son exercice même : diagnostic et traitement. La position de chaque médecin peut être rapportée sur chacun des axes ainsi polarisés. On pourrait être tenté d'affirmer normativement une position idéale sur chacun d'entre eux, alors que la pratique, saisie dans son moment clinique, c'est-à-dire en son cœur, en son noyau actif, apparaîtrait par contraste comme une valse-hésitation mouvante, une sorte de funambulisme, lequel nécessite sans cesse la recomposition des gestes et des mouvements de la corde⁵, sans posture figée. Certaines positions préférentiellement adoptées (et qui définissent alors le style du praticien, ses *dispositions*) sont facilitées et encouragées par le contexte (culturel, économique, social, politique, managérial) de la pratique. Elles peuvent alors faire l'objet d'enquêtes anthropologiques⁶, sociologiques⁷, morales⁸, épistémologiques⁹. Elles relèvent pour une part des dispositions individuelles du clinicien, de sa formation, de ses compétences, de ses habitudes, et s'éclairent alors de sa trajectoire personnelle et professionnelle et de l'incorporation des normes qui le singularisent. La diversité de pratiques qui en résulte est susceptible d'alarmer le public et le politique, les instances ordinales de la corporation et les sociétés savantes : de tous ces lieux émanent sans cesse de nouvelles exigences de transparence, d'*accountability*, de standardisation, de recommandations, de guides de bonnes pratiques. Incertitude, flou, bricolage : est-il possible de confier le destin de sa santé à une pratique aussi disparate, aussi fragile, aussi peu assurée d'elle-même que ses fondements doctrinaux semblent se fissurer sous les effets conjugués de la mise en circulation des savoirs (Internet), des révolutions biotechnologiques (les diverses -omiques, la médecine de précision), des contraintes gestionnaires (démantèlement du service public), de la numérisation des données de santé et des promesses de l'intelligence artificielle (vers une santé sans médecins ?), de l'évolution des mœurs ?

Barthes appelle Neutre tout ce qui déjoue le paradigme¹⁰. Quels sont les paradigmes qu'il s'agirait de déjouer? Les oppositions entre science et non-science, objectivité et subjectivité, *evidence-based* et *non-evidence-based* semblent les premiers candidats.

Mais attention, si l'opposition est ce qui permet de tendre un fil sur lequel s'avancer, ou de tisser la trame d'une pratique, ce n'est pas l'opposition en soi qu'il faut défaire, mais plutôt le risque de désunion de leur polarité antagoniste : si choisir un des termes, c'est repousser et rejeter l'autre, alors le risque d'accroître le malaise est maximal.

Pour Barthes, déjouer le paradigme c'est par exemple en linguistique choisir un troisième terme, en éthique aller à l'ailleurs du choix, etc. « Déjouer le paradigme est une activité

⁵ Cf KANT Emmanuel, *CFJ*, op.cit, §43, AK V 304, et son commentaire par RESWEBER Jean-Paul, « Le soin, affaire de *tekhne* et de tact », art.cit.

⁶ LAPLANTINE François, *Anthropologie de la maladie*, op.cit. ; DESPRES Caroline, GOTTOT Serge, MELLERIO Hélène, TEIXEIRA Maria, *Regards croisés sur la santé et la maladie. Recherches anthropologiques, recherches cliniques*, Paris, Editions des archives contemporaines, 2016.

⁷ MEMMI Dominique, *La revanche de la chair...*, op.cit. ; ZUIDERENT-JERAK Teun, *Situated intervention. Sociological experiments in health care*, op.cit.

⁸ MURRAY Stuart J, et al., « Towards an ethics of authentic practice », art.cit.

⁹ KENNEDY Ashley Graham, « Differential diagnosis and the suspension of judgment », art.cit.

¹⁰ BARTHES Roland, *Le Neutre*, op.cit., p.31 : « Je définis le Neutre comme ce qui déjoue le paradigme, ou plutôt j'appelle Neutre tout ce qui déjoue le paradigme. Car je ne définis pas un mot; je nomme une chose : je rassemble sous un nom, qui est ici le Neutre ».

ardente ¹¹ ». Ici, peut-être faudrait-il plutôt proposer : jouer du paradigme, ou se jouer du paradigme, rester dans l'entre-deux, ou encore proposer d'autres fils pour la trame de la pratique. C'est dans cette voie que nous tentons de nous engager. Contre l'opposition science/art, faire jouer la *tekhnē* (chapitre VIII). Déplier les significations du mot expérience pour faire de l'expérimentation une notion clinique voire thérapeutique et déjouer les pièges de l'expert-médecin ou du patient-expert (chapitre IX). Importer les catégories de l'esthétique pour donner aux esthésies la place qui leur revient dans la clinique et en déduire des conséquences pour le plaisir lié à l'activité et l'analyse critique de l'emprise managériale (chapitre X). Aborder la relation médicale sous l'angle de l'érotique plutôt que comme acte de communication (chapitre XI). Questionner l'éthique de cette relation par le biais des émotions recommandées et du rôle qu'y joue la personne du médecin (chapitre XII). Revisiter l'éthique de la pratique sous l'angle des vertus et la rendre solidaire du jugement pratique (chapitre XIII). Cette troisième partie esquisse donc des propositions théoriques sur la pratique médicale.

¹¹ Ibid., p.32.

CHAPITRE VIII. LA MEDECINE, UNE *TEKHNE*

« *Epouser une forme* : voilà le mot clé. Cela suppose l'intelligence sensible d'un donné (la forme du doigt auquel la bague est destinée), la compréhension de sa structuration préalable (...). Et cela suppose aussi un sens de la convenance, on a envie de dire ici : du doigté – de ce qui convient ou non à la chose à orner ».

Dewitte¹

« Aucune essence épistémologique ne prémunit la science contre la multiplicité des contingences et contradictions de toute activité sociale ».

Lévy-Leblond²

« Ce qui n'est pas assuré, c'est ce que la médecine a à faire de cette science, c'est à savoir comment et par quelle ouverture, par quel bout elle a à la prendre »

Lacan³

¹ DEWITTE Jacques, *La manifestation de soi. Eléments d'une critique philosophique de l'utilitarisme*, Paris, La Découverte/M.A.U.S.S., 2010, p.66.

² LEVY-LEBLOND Jean-Marc, *La pierre de touche. La science à l'épreuve...*, op.cit., p.54.

³ LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 14 décembre 1960.

Nous commençons par l'opposition entre art et science. Débat fort ancien, il s'actualise non seulement dans des débats académiques et sous-tend la crise épistémologique envisagée au chapitre IV, mais aussi dans des conversations quotidiennes au travail : telle décision sera blâmée car insuffisamment fondée sur des preuves, telle prescription s'impose contre l'opinion personnelle car issue d'une recommandation *evidence-based*. Le critère de la scientificité occupe une place prééminente dans la hiérarchie des valeurs professionnelles. Corrélativement ce qui ressemble de près ou de loin à l'art médical se voit accorder une importance minimale dans le discours « officiel », pour finalement rester confiné au for interne et n'être rendu public que comme confidence. Cette hiérarchisation pose en réalité une difficulté, car nombre de médecins se trouvent confrontés à un embarras : l'image qu'ils se font du métier qu'ils pratiquent ne ressemble pas à une pratique scientifique. Le sentiment de dévalorisation n'est pas loin, nous l'avons mentionné à propos du déplaisir. Valoriser l'art ne « paye » pas, surtout s'il faut le faire *contre* la science. Certains outsiders tirent leur épingle du jeu en tournant volontairement le dos à une science taxée de rigidité ou d'impérialisme. D'autres entonnent le refrain de l'humanisme ou le marmonnent sans grande conviction, espérant trouver dans une tradition reconstruite en imagination de quoi contrer la froideur de la technoscience, mais se trouvent alors à court d'arguments recevables par la *doxa* en vigueur pour justifier leurs jugements dans des choix concrets. En médecine comme ailleurs, la réflexion épistémologique sur ses conditions de possibilité fait intégralement partie de la discipline elle-même. Or, il y a une façon de déjouer cette opposition paradigmatique dans laquelle s'enlisent bien des débats sur la médecine. Notre parcours sera sinueux, de Platon à Lacan, en passant par Aristote, Bernard et Freud : il est initié par Canguilhem qui a posé des jalons décisifs sur la question de l'épistémologie médicale mais aussi posé un problème qui mérite un traitement minutieux. Nous exposons un cheminement laborieux, mais il nous a paru nécessaire d'en expliciter les étapes, pour consolider la solution que nous proposons.

A. INITIÉES PAR CANGUILHEM

Si la position de Canguilhem a inspiré l'article de Jean Gayon déjà commenté dans la partie précédente, ce dernier n'a pas repris chez son prédécesseur un certain nombre de considérations qui nous semblent de la première importance. Les textes majeurs pour notre propos sont les trois études consacrées à la médecine recueillies dans les *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences concernant le vivant et la vie*, auxquelles s'ajoutent les *Ecrits sur la médecine*, et à un degré moindre *Le normal et le pathologique*. Ces textes ont déjà fait l'objet de nombreuses analyses. Nous en proposons notre propre lecture¹, orientée par le projet de dégager une perspective épistémologique qui soit réellement articulée à la clinique.

¹ Sauf exception, nous ne commenterons pas les commentateurs de Canguilhem : notre intention de lecture est différente ; en quelques passages au moins, notre « exégèse » est inédite, sous réserve d'un inventaire sans doute incomplet.

A.1 LE STATUT EPISTEMOLOGIQUE DE LA MEDECINE

Dans *Le statut épistémologique de la médecine*, Canguilhem situe sa réflexion au sein d'une tradition qui a précédé l'épistémologie moderne (i.e. la philosophie des sciences) : la question actuelle est portée en effet « sous la même forme et pour les mêmes raisons »² depuis l'Antiquité. Dès le commencement de la médecine, il y a eu le souci pour les médecins « de justifier les présupposés théoriques de leurs pratiques en empruntant à telle ou telle philosophie de l'époque sa théorie de la connaissance »³. Dans cette tradition (de Galien à Bordeu en 1768) sont repérées différentes sortes de médecins, différentes manières de légitimer le savoir médical et de valider le jugement médical : les empiriques se fondent sur les pouvoirs de l'observation, de la mémoire, de l'expérience ; les rationnels ou dogmatiques recherchent les causes cachées, à l'aide par exemple d'analogies venant d'autres sciences (comme la mécanique ou la physique) ; les méthodistes ou observateurs s'en tiennent aux phénomènes et prennent la nature pour guide. Cette tradition a connu « un séisme épistémologique »⁴ à la fin du XVIII^e/début XIX^e, dans une période où « la médecine change de prétention, d'objet et de méthode »⁵ : elle prétend passer à l'état de science positive. A partir de là, dans le « devenir science » qui anime la médecine, trois moments sont épinglés par Canguilhem comme autant d'opérations de mise entre parenthèses du malade. Dans un texte un peu postérieur, Canguilhem emploiera une image plus forte encore que celle d'une mise entre parenthèses : « la dissociation progressive de la maladie et du malade »⁶.

1.1. Des mises entre parenthèses successives du malade

1/ Avec Laënnec (et on peut étendre ce qui est dit du stéthoscope à tous les « stratagèmes techniques des appareils d'examen et de mesure »⁷), c'est le passage du symptôme « présenté, offert, par le malade » au signe « cherché et obtenu par artifice médical » qui met entre parenthèses le malade « comme porteur et souvent commentateur de symptômes »⁸. Le signe peut révéler un mal qui n'était pas soupçonné par le symptôme ou qui n'était pas encore symptomatique. Avec le développement de l'imagerie, et en parallèle la transformation d'échelle que subit « la représentation des phénomènes pathologiques » depuis l'organe à la molécule, Canguilhem repère un élément fort d'exhibition de « la scientificité de l'acte médical » : c'est la « substitution symbolique du laboratoire d'examens au cabinet de consultation ». Il nous semble que Canguilhem aille trop loin en employant le terme de « substitution » ou en saluant la thèse de son élève Dagognet affirmant que « la réalité sur laquelle le médecin exerce son jugement *est réduite* à l'ensemble des signes qu'il provoque à paraître »⁹. Aucun traité de médecine clinique n'évacue en effet la place des signes fonctionnels ou des symptômes rapportés par le malade, même si c'est pour mieux identifier la maladie.

² CANGUILHEM Georges, « Le statut épistémologique de la médecine », art.cit., p.413.

³ Ibidem.

⁴ Ibid., p. 415.

⁵ Ibid., p.416.

⁶ CANGUILHEM Georges, « Les maladies », art.cit., p.35.

⁷ CANGUILHEM Georges, « Le statut épistémologique de la médecine », art.cit., p.418.

⁸ Ibid., p.417.

⁹ Ibid, p.417-418 (nous soulignons).

Contrairement à l'opinion dominante qui répète après Canguilhem que « la scientificité de l'acte médical » est exhibée vigoureusement par la « substitution symbolique du laboratoire d'examens au cabinet de consultation », nous soutiendrons dans le prochain chapitre que le cabinet de consultation – la clinique – est non seulement le laboratoire de la médecine mais aussi le lieu de scientificité propre à la médecine, le laboratoire scientifique – au sens courant du terme – s'étant aujourd'hui détaché de ce qui mérite d'être appelé un acte médical.

Mais revenons au texte de Canguilhem : la tâche du médecin « consiste à interpréter l'information obtenue par l'emploi combiné des différents révélateurs ». ¹⁰ Nous avons vu dans la première partie à quel point les traces langagières sont prépondérantes. Retenons la notion d'un emploi combiné de révélateurs variés, qui convient bien à l'épistémologie d'une pratique telle que la médecine.

Est-ce que la mise entre parenthèses du malade réoriente la finalité de la médecine ? Canguilhem semble le suggérer quand il écrit : « alors même qu'elle a su mettre le malade entre parenthèses, la médecine a pour fin la lutte contre la maladie ». ¹¹ Ce n'est pourtant pas si clair, car il poursuit : « Pas de médecine sans diagnostic, sans pronostic, sans traitement », comme si dans le fil de son propos il s'agissait d'une nouvelle orientation de la médecine qui n'existait pas auparavant. Or, il est difficile d'admettre que c'est que veut souligner Canguilhem, car cette dernière assertion pourrait figurer dans un traité hippocratique. En effet, pour la médecine hippocratique, la maladie est un désordre corporel ¹², à quoi répond une méthode conforme à la raison. C'est encore Canguilhem qui signale l'évocation d'Hippocrate dans le *Phèdre* de Platon et la contemporanéité des débuts de ce qui « mérite le nom de science » avec « l'essor de la pensée philosophique ». ¹³ Enfin, après introductions et préface, le *Normal et le pathologique* débute ainsi : « Pour agir, il faut au moins localiser. Comment agir sur un séisme ou sur un ouragan ? C'est sans doute au besoin thérapeutique qu'il faut attribuer l'initiative de toute théorie ontologique de la maladie ». ¹⁴

Il nous semble alors vraisemblable de supposer que Canguilhem reprend ici un point qu'il avait explicité quelques années plus tôt : traiter la maladie et soigner le malade sont presque incommensurables ¹⁵. Poser que la finalité de la médecine est la lutte contre la maladie ou affirmer qu'elle est le soin du malade n'est pas un point de détail. C'est une alternative qui prête à conséquences. Selon les prémisses du raisonnement pratique – dont nous verrons au chapitre XIII que le point de départ est la fin visée –, les actes posés ne seront pas les mêmes ¹⁶.

¹⁰ Ibid., p 418.

¹¹ Ibidem.

¹² C'est d'ailleurs ce qu'on trouve aussi sous sa plume : Georges CANGUILHEM, « Les maladies », art.cit., p.34.

¹³ Ibidem. Voir aussi PLATON, *Phèdre* 270b : « Dans l'un et l'autre cas [la médecine et la rhétorique], on doit procéder à l'analyse d'une nature : celle du corps dans le premier cas, et celle de l'âme dans le second, si l'on souhaite ne pas en rester à la routine et au savoir-faire (*empeiria*), mais recourir à l'art (*tekhnē*) pour d'une part, administrer au corps remèdes et nourriture, en vue de faire naître en lui santé et vigueur... » L'empirisme ne suffit donc pas à la médecine, il faut la *tekhnē*, donc une certaine connaissance et une méthode.

¹⁴ CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, op.cit., p. 11 (nous soulignons).

¹⁵ « Il faut s'avouer enfin qu'il ne peut y avoir uniformité d'attention et d'attitude envers la maladie et envers le malade, et que la prise en charge d'un malade ne relève pas de la même responsabilité que la lutte rationnelle contre la maladie ». CANGUILHEM Georges, « Puissance et limites de la rationalité en médecine », art.cit., p.408.

¹⁶ Vincent Descombes l'a bien montré en commentant la fable de La Fontaine, « L'ours et l'amateur de jardin ». Nous en reparlerons. DESCOMBES Vincent, *Le raisonnement de l'ours et autres essais de philosophie pratique*, Paris, Seuil, 2007.

C'est pourquoi il y a lieu de contredire Gayon quand il affirme que l'objet de la médecine est la maladie (Cf. chapitre IV, A). L'objet de la médecine c'est le sujet malade et sa finalité est de le soigner. Pour mieux le soigner, il faut comprendre et traiter la maladie. L'objet-maladie est un objet intermédiaire – pour ne pas dire transitionnel – pour la médecine. On entrevoit ici une distinction possible entre la médecine comme pratique qui s'exerce sur un individu malade, et les connaissances théoriques – plus ou moins consolidées – qui soutiennent cette pratique. Réduire le corpus de connaissances nécessaires aux sciences biologiques et aux traités de pathologie humaine est insuffisant (pour appréhender certaines maladies il faut recourir à l'histoire, à l'anthropologie, à la sociologie, à la psychologie), mais réduire l'objet de la médecine à la maladie c'est ignorer que les théories ont pour origine et finalité une pratique concrète.

2/ Avec le développement de l'usage des statistiques, la médecine répond en partie à la « contrainte d'ordre épistémologique » qu'impose le développement d'une prévision correcte : il faut un « traitement quantitatif des données initiales »¹⁷. Les statistiques (« une médecine mathématique non-cartésienne ») permettent « un mode de calcul de l'espérance et du risque qui dévaloriserait, en matière de décision thérapeutique, la simple sagacité du praticien éprouvé »¹⁸, puisqu'il s'agit de « substituer un indice quantitatif à l'estimation personnelle du clinicien »¹⁹, de nombrer, comparer, etc. Si « en médecine, l'expérience ne peut instruire que par la compatibilité des cas »²⁰, alors le nombreux prend le pas sur le cas singulier. Ce tournant statistique a rencontré des oppositions (celles de Comte, de Bernard, de Littré et Robin sont mentionnées) qui ont souligné une concession coupable à l'empirisme (au détriment de la voie royale de l'expérimentation), et un mépris de l'anatomie et de la physiologie (qui donnent seules leur valeur aux symptômes). Canguilhem pointe un second moment de mise entre parenthèses : ici c'est le malade « entendu comme solliciteur d'une attention élective à sa propre situation pathologique »²¹ qui est écarté au profit de la série de cas regroupés par leurs similitudes. Canguilhem voit dans le développement des systèmes-experts les prolongements de ce qu'il nomme « un type différent de scientificité médicale »²². On peut évoquer ici l'intelligence artificielle et ses promesses en médecine, voire ses annonces de substitution de l'intelligence personnelle défaillante par la décision algorithmique. On remarquera aussi que l'essai thérapeutique moderne est une manière de rassembler la méthode expérimentale et le traitement statistique, autrement dit, de concilier Bernard et Louis. Notons enfin que le traitement du particulier est un des points les plus délicats de cette réflexion épistémologique et pratique.

3/ Le troisième moment de « renouvellement épistémologique profond de la médecine »²³ tient à la découverte de la microbiologie (Pasteur, Koch et leurs élèves). Les changements sont multiples. Dans la réflexion étiologique sur les causes des maladies, apparaissent des causes

¹⁷ L'autre volet de la réponse à cette contrainte est le développement d'appareils de mesure des différentes fonctions physiologiques.

¹⁸ CANGUILHEM Georges, « Le statut épistémologique de la médecine », art.cit., p.415.

¹⁹ Ibid., p. 419.

²⁰ Ibid., p.419.

²¹ Ibid., p.420.

²² Ibid., p.420.

²³ Ibid., p.421.

non fonctionnelles : le germe, mais aussi l'environnement, le milieu. Pour la thérapeutique, développement de la prévention, de l'hygiène, dans des lieux d'exercice de la médecine qui s'étendent hors de l'hôpital et du domicile. La finalité de la médecine se déplace depuis la maladie vers la santé²⁴ (« pouvoir résister à la maladie éventuelle »), puis vers la salubrité et la sécurité (« l'exigence de n'avoir pas à la [la maladie] connaître »)²⁵. « L'épidémiologie entraîne la médecine sur le champ des sciences sociales, et même des sciences économiques », et subit les effets des demandes de la politique « pour adopter l'allure et les procédés d'une technologie biologique »²⁶. Cet élargissement considérable du champ d'attention et d'intervention de la médecine correspond à la troisième « mise entre parenthèses du malade individuel, objet singulier, électif, de l'attention et de l'intervention du médecin clinicien »²⁷, même si la notion de « terrain », puis celle « d'idiotype », signalent une place réservée à l'individualité (purement biologique). Concomitamment, l'organisation réglementée des hôpitaux contribue à « désindividualiser » les maladies²⁸.

Canguilhem affirme que c'est avec l'avènement de la bactériologie qu'on peut « affirmer que la médecine est parvenue à l'état de science », car une pratique véritablement scientifique « fournit un modèle de solutions et déclenche une contagion d'efficacité »²⁹ (sérums, vaccinations), et promeut « l'auto-dépassement de la théorie vers quelque autre qui rend compte des restrictions de validité de la précédente » (ce qu'a réalisé l'immunologie à partir du modèle pastorien)³⁰. Ces deux critères de scientificité (« capacité de progrès par découvertes non préméditées et reprises conceptuelles d'intégration ») estampillent l'immunologie comme science. Soit : mais qu'en est-il de la médecine ? Canguilhem note l'écart entre la signature de l'individualité biologique dans le système immunitaire (son idiotype) et le malade individuel concret « que ces progrès mêmes ont mis entre parenthèses »³¹. Il note toutefois qu'identifier les deux est une tentation dont il faut se garder : avertissement que semblent avoir oublié les partisans de la médecine de précision, qui se désigne aussi comme médecine personnalisée (Cf. chapitre V).

1.2. Une somme évolutive de sciences appliquées

Canguilhem développe alors son jugement sur le statut épistémologique de la médecine, en s'écartant des considérations historiques : la médecine peut être dite « une science appliquée ou une somme évolutive de sciences appliquées ».³² Toutefois, quelques lignes plus loin apparaît

²⁴ A quoi on pourrait opposer que déjà chez Aristote la finalité de la médecine est la santé, et même que la médecine produit la santé.

²⁵ Ibid., p.421.

²⁶ Ibid., p. 421-422.

²⁷ Ibid., p.422.

²⁸ CANGUILHEM Georges, « Les maladies », art.cit., p.40.

²⁹ CANGUILHEM Georges, « Le statut épistémologique de la médecine », art.cit., p.422.

³⁰ Ibidem.

³¹ Ibid., p.423.

³² Ibid., p.423 (les italiques sont de l'auteur).

une remarque qui atténue l'affirmation : « une science appliquée, comme *on peut le dire de la médecine sous certains rapports...* »³³.

« Science appliquée », et non simple application d'une science³⁴. L'application de la science est une « importation de connaissances sur un sol moins noble que celui de leur élaboration : l'utile est jugé subordonné au vrai »³⁵. Une science appliquée par contre « conserve la rigueur théorique des connaissances qu'elle emprunte ». En médecine les connaissances sont empruntées pour « une meilleure réalisation de son projet thérapeutique », « aussi originaire que le projet de savoir auquel d'ailleurs elle a elle-même apporté son concours »³⁶. Il est important de constater que, autant les premières pages du texte insistaient sur un « devenir science » de la médecine, autant il rappelle que Galien déjà procédait par expérimentations et calculs pour réfuter des théories existantes. Retenons un emprunt de connaissances subordonné au projet thérapeutique originaire, et un projet de savoir plus global auquel concourt la médecine pour sa part. On pourrait d'ailleurs discuter la cohérence interne de l'argument : car Canguilhem préfère « science appliquée » à « application d'une science », alors qu'il insiste à préciser que la médecine subordonne les emprunts à son propre projet. N'est-ce pas alors l'utile qui prend le dessus ? Mais reprenons le fil du texte.

« Somme de sciences appliquées » car la médecine comporte le recours raisonné à des acquisitions scientifiques par elles-mêmes étrangères à son projet propre. Mais, et il nous faut insister sur ce point, ces moments successifs et cumulatifs de mise entre parenthèses du malade individuel concret ont été motivés par le projet thérapeutique initial : *c'est pour accomplir celui-ci* que la médecine importe des connaissances dans des domaines qui ne le partagent pas³⁷. Céline Lefève le dit avec élégance : « C'est parce qu'elle est art de soigner que la médecine est science de la vie »³⁸. Canguilhem ne s'exprimait pas aussi radicalement en faveur de l'art, loin s'en faut, mais cette formule reflète le fond de sa position : les développements scientifiques servent une intention soignante qui les précèdent :

« La première ambition qui porte la médecine à devenir science appliquée concerne la recherche d'efficacité en thérapeutique, comme par obéissance à son impératif originaire »³⁹.

Pour Canguilhem, l'accent doit être mis sur « science » plutôt que sur « appliquée », non seulement pour répondre à ceux qui voient dans le côté appliqué une perte de dignité théorique, mais aussi, et ceci nous importe tout particulièrement, pour répondre à « ceux qui croient pouvoir défendre la spécificité de la médecine en la dénommant art de soigner »⁴⁰. L'application médicale des acquis scientifiques transformés en remèdes « est elle aussi une

³³ Ibid., p.423 (nos italiques). Et donc, sous d'autres rapports, on ne peut dire que la médecine est équivalente à une science appliquée. Ou encore, *pas toute* la médecine est une science appliquée.

³⁴ Voir aussi Gadamer : La médecine « ne peut en aucun cas être comprise comme l'application pratique d'une science ». GADAMER Hans-Georg, *Philosophie de la santé*, op.cit., p.50.

³⁵ CANGUILHEM Georges, « Le statut épistémologique de la médecine », art.cit., p.423.

³⁶ Ibid., p.423.

³⁷ Ibid., p.424.

³⁸ LEFEVE Céline, « De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical », *Revue de métaphysique et de morale* 2014/2 ; 82 :197-221.

³⁹ Ibid., p.427.

⁴⁰ Ibid., p.425.

expérimentation authentique »⁴¹, une recherche critique d'instructions sur l'efficacité thérapeutique de ses importations.

C'est-à-dire que la médecine est « la science des limites des pouvoirs que les autres sciences prétendent lui conférer ». Il est utile d'indiquer ici que cette affirmation reprend, en partie au moins, une remarque qu'il avait déjà faite quelques années auparavant, en évoquant la bactériologie, la chimiothérapie anti-infectieuse et la résistance aux antibiotiques : c'est à la mesure de son progrès que la rationalité médicale rencontre une limite à sa puissance⁴². Toutefois, nous pouvons aussi entendre et comprendre que Canguilhem ne parle pas ici de la médecine théorique ou du discours médical, mais de la médecine dans son exercice même, définie comme étant « la science des limites des pouvoirs que les autres sciences prétendent lui conférer ». Canguilhem annonçait s'exprimer de manière a-temporelle. Cette affirmation, rarement commentée, est toutefois de la première importance. La médecine est dite ici être une science, non pas au regard de critères épistémologiques par ailleurs discutés, mais une science d'un type original : une science, et même **La** science, des limites des pouvoirs des sciences dont elle importe les acquisitions au profit de son projet originaire. S'esquisse alors assez nettement ce que la médecine pratique peut tirer d'EBM.

Canguilhem affirme ici une thèse que Jean Gayon n'a pas reprise quand il discute de savoir si la médecine est ou non une science. Ce point de vue est subtil et décalé. Pourtant il est probablement le seul à pouvoir intégrer à la fois une continuité dans la médecine, continuité que j'appellerais ici volontiers structurelle, ou essentielle, continuité qui nous relie aujourd'hui à la démarche inaugurée dans l'Antiquité en quelques lieux comme Cos, et à la fois l'évolution de cette démarche au fur et à mesure des avancées dans les différents domaines « scientifiques » dont les acquisitions sont importées.

Poursuivons notre lecture. Le projet initial est thérapeutique. Traiter, c'est conduire une maladie, et « conduire une maladie⁴³, c'est être attentif, comme par doute méthodique », aux réactions de son intervention et aux résistances qu'elle suscite (par exemple, « les effets parfois capables d'être pervertis en causes de symptômes inattendus » ou encore « la conversion possible d'un geste d'apaisement en stimulant de réactions violentes »). Autrement dit, c'est par l'étude méthodique des effets que suscite son application au malade individuel que la médecine déploie sa scientificité propre. Ici encore, le clinicien peut être dit homme de science. Canguilhem décale donc subtilement la pointe de la scientificité de la médecine, pour la resituer dans la continuité de son projet initial, et dans l'articulation à son objet électif d'attention. Gayon a rappelé que la justification de la médecine n'est pas la connaissance pour elle-même mais la thérapeutique, vis-à-vis de laquelle « la connaissance, notamment la connaissance théorique, est un but subordonné »⁴⁴, mais Canguilhem allait plus loin : si la médecine incorpore « comme objet de son étude et de son intervention » les « résistances que cette intervention même peut susciter », alors une logique du probable doit être prise en

⁴¹ Cette thématique avait été développée dans un texte antérieur « Thérapeutique, expérimentation, responsabilité ». Nous en reparlerons.

⁴² CANGUILHEM Georges, « Puissance et limites de la rationalité en médecine », art.cit., p.398.

⁴³ Conduire une maladie fait écho à la Direction de la cure chez Lacan : dans les deux cas ce qui est dirigé n'est pas le malade ! LACAN Jacques, « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », op.cit.

⁴⁴ GAYON Jean, « Epistémologie de la médecine », art.cit.

compte, la médecine « est une science de l'espérance et du risque » et de ce point de vue, « authentiquement une science de la vie »⁴⁵. Science conjecturale (comme la situait déjà Laplace⁴⁶), science qui doit incorporer l'incertain, la médecine ne peut alors pas considérer le diagnostic, le pronostic et la décision de traitement comme des jugements catégoriques. L'incertitude calculée n'exclut pas la rationalité. Mais nous aimerions ici ajouter, et prolonger Canguilhem sans le trahir : l'incertitude calculée (et de plus en plus précisément) n'efface pas l'incertitude, elle en exhibe l'ampleur.

Cette somme de sciences appliquées est « évolutive » car, comme d'autres sciences, la médecine renouvelle ses méthodes et fait des découvertes, et par là même justifie son statut épistémologique. « Son intérêt pour toute nouvelle méthode d'approche de ses problèmes la rend évolutive »⁴⁷.

Quant au mot « somme », il est employé non pas au sens de l'addition, mais de « l'unité d'opération »⁴⁸. Or, qu'est-ce qui fait ici la somme, l'unité de la médecine, en tant que somme évolutive de sciences appliquées ? Ici le passage doit être cité dans son intégralité :

« On ne peut parler de la physique ou de la chimie comme de sommes. On le peut de la médecine, dans la mesure où l'objet dont elle suspend, par choix méthodologique, la présence interrogative, est cependant toujours là, depuis qu'il a pris forme humaine, individu vivant d'une vie dont il n'est ni l'auteur ni le maître et qui doit parfois s'en remettre pour vivre à un médiateur. Quelle que soit la complexité et l'artificialité de la médiation, technique, scientifique, économique et sociale, de la médecine contemporaine, quelle que soit la durée de la mise en suspens du dialogue entre médecin et malade, la résolution d'efficacité qui légitime la pratique médicale est fondée sur cette modalité de la vie qu'est l'individualité de l'homme⁴⁹. Dans le subconscient épistémologique du médecin c'est la fragile unité du vivant humain qui fait des applications scientifiques, toujours davantage mobilisées pour le servir, une véritable *somme*. Et quand le statut épistémologique de la médecine advient à la conscience comme question on voit bien que la recherche d'une réponse soulève des questions ailleurs qu'en épistémologie de la médecine »⁵⁰.

Commentons : la médecine est légitimée par l'adéquation à son objet, qui est la modalité vitale d'un humain. C'est pourquoi il y a de la contingence, de l'individu, de l'espérance, du risque, des faits et des valeurs, et la nécessité à certains moments d'une médiation pour vivre.

Le point délicat *pour la pratique* est que, pour gagner en efficacité, la médecine « suspend, par choix méthodologique, la présence interrogative » de celui qui justifie, en dernière instance, son existence et son développement. « Comme toute science, la médecine a dû passer par le stade d'élimination provisoire de son objet initial concret »⁵¹. Et ce qui est vrai à l'échelle de la médecine dans son ensemble, l'est aussi à notre avis à l'échelon minuscule de chaque

⁴⁵ CANGUILHEM Georges, « Le statut épistémologique de la médecine », art.cit., p.425.

⁴⁶ Ibid., p. 416.

⁴⁷ Ibid., p.428.

⁴⁸ Ibid., p.428.

⁴⁹ Comme il le disait déjà 20 ans avant (CANGUILHEM Georges, « Thérapeutique, expérimentation, responsabilité », art.cit.) la médecine « ne peut ni ne doit refuser, pour la défense de la vie, aucun des secours que la vie peut recevoir de la technique ». Retour à l'individualité de l'homme qui légitime la pratique médicale dans sa recherche d'efficacité.

⁵⁰ Ibid., p.428. Il s'agit de la conclusion du texte.

⁵¹ Ibidem.

consultation. Chaque médecin réitère, dans son exercice quotidien, cette suspension méthodologique de l'interrogation pressante du malade (qui l'affecte, obscurcit son jugement, etc.), chaque médecin passe par un détour technique lorsqu'il teste les hypothèses échafaudées. C'est quand il fait retour (la mise à l'écart ne saurait être en effet que provisoire) à l'individu concret qu'est le moment délicat, et c'est ce que Canguilhem a abordé d'une autre manière dans un autre texte commenté plus loin, « Puissance et limites de la rationalité en médecine »⁵².

Le point délicat *plus abstrait*, mais qui a aussi des conséquences pratiques, a été annoncé un peu plus tôt dans le texte. Canguilhem pose cette question : « Pourquoi [la médecine] éprouve-t-elle le besoin d'une consécration statutaire dans la cité scientifique ? »⁵³ La réponse qu'il apporte est intéressante :

« Ne serait-ce pas parce qu'elle conserve de ses origines le sens d'une originalité de fonction dont il lui importe de savoir s'il s'agit d'une survivance précaire ou d'une destination essentielle ? »

Dans les termes posés par Canguilhem, on peut craindre que la tentation d'être admis au rang de science, (peut-être en raison du « prestige culturel » qui en découle ?), n'amène les médecins à « se démettre du devoir d'assistance à la vie précaire des individus humains », car ce devoir, pris au sérieux, « comporte [une] transgression des exigences propres au savoir argumenté et critique »⁵⁴, et se révèle alors être un obstacle pour la prétention de la médecine à être reconnue comme science. Le corollaire est indiqué : « diagnostiquer, décider, soigner » cesseraient « d'être des *actes* pour devenir des *rôles* dans l'exécution d'un programme informatisé »⁵⁵. Pour être précis, Canguilhem pose une question : « diagnostiquer, décider, soigner peuvent-ils cesser d'être des *actes* pour devenir des *rôles* dans l'exécution d'un programme informatisé ? ». La tonalité de son propos suggère que sa propre réponse serait négative, à l'encontre d'une tendance qu'il constate et déplore. Ces questions sont d'une actualité brûlante : l'originalité de fonction semble menacée de disparition⁵⁶ ! Pour certains, c'est devenu tellement encombrant qu'il faut décréter inopportune la précarité de cette survivance.

Canguilhem a donc, nous semble-t-il, non seulement justifié l'usage de la formule qu'il propose « somme évolutive de sciences appliquées » comme définition du statut épistémologique de la médecine dans le cadre de l'épistémologie commune, mais aussi indiqué des lignes de force et des points délicats, que nous allons compléter à l'aide des deux autres textes qui figurent dans les *Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*. Ils vont en particulier éclairer en quoi sa position est une réponse à ceux qui « croient pouvoir défendre la spécificité de la médecine en la dénommant art de soigner »⁵⁷. On

⁵² On peut s'interroger sur le fait que « Le statut épistémologique... », postérieur à « Puissance et limites... », n'en reprenne pas les avancées les plus audacieuses. Ce dernier point justifie notre ordre d'exposition des textes.

⁵³ Ibid., p.426.

⁵⁴ Ibidem.

⁵⁵ Ibidem.

⁵⁶ On rappellera ici la conférence de Lacan sur la médecine (1966, donc avant le texte de Canguilhem), où il évoque à trois reprises l'originalité de la position du médecin, indiquant une voie freudienne comme condition de son maintien. Nous en avons longuement parlé dans le chapitre sur la demande. N'est-ce pas la demande du malade qui actualise à chaque fois la présence interrogative qui donne naissance à la médecine ?

⁵⁷ Ibid., p.425.

l'aura compris ici à demi-mot : pour Canguilhem, ce n'est pas la bonne façon d'opposer l'art et la science, et ce n'est pas en insistant sur l'art (contre la science) qu'on défendra correctement la spécificité de la médecine. Nous interprétons le texte de Canguilhem comme une défense, vigoureuse même, de la spécificité de la médecine. Non seulement c'est une « vraie » science (elle expérimente, elle calcule, elle découvre, elle évolue dans ses méthodes et ses théories, etc.⁵⁸) mais sa spécificité est évidente : elle tient à son objet (l'individu malade) et aux contraintes qui en résultent (la contingence qui en fait une science conjecturale et qui rend ses jugements non catégoriques ; sa nécessaire attention aux effets qu'elle produit qui en fait la science des limites du pouvoir que les autres sciences lui confèrent ; sa nécessaire unification d'éléments disparates, dénommée ici « somme »). Se méprendre sur son statut expose la médecine à s'éloigner de son projet initial, et donc à cesser d'être une médecine : que ce soit dans son extension depuis l'homme malade jusqu'à la santé publique, ou dans la volonté de se démettre de son devoir d'assistance, qui est la clé de voûte, point de départ mais aussi d'accomplissement, de son existence propre. Remarquons que l'emploi d'une locution déontique (devoir d'assistance⁵⁹) module toutes les considérations épistémologiques que l'on peut faire à propos de la médecine. C'est non seulement la visée pratique du soin de l'individu qui spécifie la médecine par rapport aux sciences, mais aussi l'intrication technique et morale.

A.2 THERAPEUTIQUE, EXPERIMENTATION, RESPONSABILITE

Dans *Thérapeutique, expérimentation, responsabilité*⁶⁰, publié initialement en 1959, Canguilhem a pris position dans un débat interne à la médecine, entre défenseurs des progrès techniques et défenseurs de l'humanisme traditionnel qui voient dans les progrès techniques un danger. Comme dans « Le statut épistémologique de la médecine » Canguilhem expose un point de vue qui dénonce une fausse opposition entre tradition et progrès, entre clinique et science. Tout commence par une tension inhérente à la médecine, qui d'un côté

« ne peut et ne doit refuser, pour la défense de la vie, aucun des secours que la vie peut recevoir de la technique »⁶¹,

mais qui se trouve ainsi

« entraînée, (...) à traiter le vivant humain comme une matière à laquelle des normes anonymes, jugées supérieures aux normes individuelles spontanées, peuvent être imposées »⁶².

Ainsi, si Canguilhem témoigne d'une certaine assurance dans l'ancrage scientifique de la médecine, il n'est pas naïf et n'ignore en rien que la médecine soulève des problèmes par l'exercice même de la rationalité scientifique : l'audace thérapeutique peut être changée aisément en témérité du fait de la puissance des nouvelles techniques. Mais Canguilhem prend à rebours la critique qui tend à opposer médecine scientifique et humanisme soucieux de la

⁵⁸ CANGUILHEM parle de « révisions déchirantes » dans « Puissance et limites de la rationalité en médecine », art.cit., p.393.

⁵⁹ Nous avons déjà fait la remarque : en langue allemande, *pfliegen* = soigner et *Pflicht* = devoir.

⁶⁰ CANGUILHEM Georges, « Thérapeutique, expérimentation, responsabilité », art.cit., p. 383-391

⁶¹ Ibid., p.383.

⁶² Ibid., p.384.

singularité⁶³. Pour lui, il n'y a pas de distorsion entre le souci de l'homme dans sa singularité et le côté expérimental de la médecine, et il est fallacieux d'associer éthique, clinique, et rejet de la technique⁶⁴. Suivons son raisonnement.

Il commence par affirmer que « les médecins ont toujours expérimenté »⁶⁵. La question n'est donc pas nouvelle. Il y a une continuité de la médecine, malgré les discontinuités historiques et culturelles. Mais quel est le sens de ce verbe, alors que la médecine expérimentale est récente ? Expérimenter c'est, avant cet emploi nouveau, « attendre un enseignement » des gestes dont on a pris l'initiative. Ces gestes ont été initiés dans des conditions particulières, qui ne se prêtent pas à une connaissance « *more geometrico* », où l'on se contente donc de déduire la conclusion pour le cas à partir des règles générales. Et l'on voit ici que Canguilhem situe la médecine dans son exercice concret, dans sa pratique : c'est à ce niveau-là que la médecine a toujours affaire avec des individus, et le plus souvent le médecin doit décider dans l'urgence. On remarquera que l'urgence ne signifie pas forcément urgence vitale, mais que la demande du malade, sa seule « présence interrogative », confèrent une certaine urgence à la réponse⁶⁶ qui ne peut pas temporiser en suspendant son jugement : il y a une « obligation professionnelle de prendre parti ». « Soigner c'est faire une expérience », et Canguilhem situe la « première obligation des médecins » dans la reconnaissance « de la nature propre de leurs gestes thérapeutiques ». On voit ici clairement quel est le socle de l'éthique médicale envisagée d'un point de vue déontique : c'est avant toute chose reconnaître la nature propre de ce qu'accomplit la pratique.

Le second point déploie un certain nombre des conséquences qui en découlent. Se réclamer de Claude Bernard, lequel précisait que

« Parmi les expériences qu'on peut tenter sur l'homme, celles qui ne peuvent que nuire sont défendues, celles qui sont innocentes sont permises et celles qui peuvent faire du bien sont commandées »⁶⁷,

ne supprime pas le fait que le médecin « ne peut dire à l'avance où passe la limite entre le nocif, l'innocent et le bienfaisant », ni que « cette limite peut varier d'un malade à un autre » : cette contingence irréductible du particulier vivant, et l'incertitude pronostique qui y est inhérente, font qu'on « ne soigne qu'en tremblant »⁶⁸. Nous avons vu que la mouvance EBM (y compris protocoles et recommandations qui en découlent) visent à limiter ce tremblement inquiet. Mais surtout, et c'est probablement la pointe de l'argument pour Canguilhem, le souci véritable « de l'homme dans sa singularité de vivant » appartient à la médecine qui expérimente. On voit ici Canguilhem réaffirmer l'inanité de l'opposition réactionnaire des « humanistes » à l'expérimentation. Les jugements *a priori* que comporterait une médecine théorisée et axiomatisée ne peuvent convenir qu'à l'anonyme et à des entités stables.

⁶³ Nous sommes sensible à cette critique de la critique. Il y va de même pour Freud et Lacan par exemple. Il ne s'agit pas d'opposer une science à la sensibilité de la belle âme qui par bonheur viendrait en atténuer les effets indésirables (ce qui est une opinion largement répandue, pour ne pas dire la *doxa* dominante qui enlise le débat).

⁶⁴ Ibid., p.385.

⁶⁵ Ibid., p.389.

⁶⁶ Cette urgence de la réponse suppose d'avoir entendu l'appel. Nous y reviendrons à propos de la vulnérabilité (chapitre XII, E).

⁶⁷ BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, op.cit., p.153.

⁶⁸ CANGUILHEM Georges, « Thérapeutique, expérimentation, responsabilité », art.cit., p.389.

Canguilhem réfute donc les arguments prétendus humanistes ou personalistes qui se voudraient soucieux de l'être singulier tout en jetant « l'anathème contre le comportement expérimentaliste »⁶⁹. Le souci de l'être singulier non seulement s'accorde avec l'expérimentation, mais il la commande. Cela ne va pas bien sûr, sans la responsabilité non seulement morale mais aussi juridique du médecin, qui accompagne la puissance scientifique et technique et la désacralisation de sa fonction qui en est le corollaire. Nous reviendrons sur ce point dans le chapitre suivant : là où Bernard distinguait et opposait clinique et médecine expérimentale, nous tenterons de faire droit à l'hypothèse que la clinique est expérimentale, dans le prolongement de la thèse soutenue par Canguilhem.

A.3 PUISSANCE ET LIMITES DE LA RATIONALITE EN MEDECINE

Dans *Puissance et limites de la rationalité en médecine* (1978)⁷⁰, Canguilhem évoque la position de Bernard exposée dans les *Principes de médecine expérimentale*. Celui-ci distingue l'empirisme pré-scientifique et la science « fondée sur le rationalisme des faits »⁷¹, mais aussi la médecine comme « art de guérir »⁷² qui précède la science de guérir ou médecine scientifique, laquelle n'existe pas encore selon Bernard⁷³.

Après avoir donné des exemples historiques d'une rationalité qui ne se révèle que dans l'après-coup, Canguilhem expose une première limite à la rationalité médicale : avec la découverte de la résistance aux antibiotiques, la puissance de la rationalité trouve ses limites « du fait même de sa puissance »⁷⁴. Son progrès suscite des antagonismes et provoque de nouveaux échecs. Il distingue ensuite différents champs : la médecine peut être perçue comme science (dans les laboratoires qui la produisent comme savoir), comme pratique (dans les services hospitaliers qui l'utilisent comme pouvoir), ou comme objet de consommation (par ceux bénéficient du savoir produit et du pouvoir utilisé, consommateurs de soins, instances de la sécurité sociale, et industrie pharmaceutique). Contre « l'unité d'opération » qui justifiera en 1985 la définition de « somme évolutive de sciences appliquées », ici est soulignée la « somme des malentendus », « somme des divergences » dans les opinions qu'on peut se faire de la médecine. Le passage d'un champ à l'autre conserve-t-il la rationalité initiale⁷⁵? Canguilhem ne répond pas dans ce texte, mais dans celui ultérieur sur le statut épistémologique, il en fait un critère de distinction entre l'application d'une science et une science appliquée, laquelle

⁶⁹ Ibid, p.390.

⁷⁰ CANGUILHEM Georges, « Puissance et limites de la rationalité en médecine », art.cit., p. 392-412. Ce texte reprend une conférence prononcée en hommage à Claude Bernard.

⁷¹ BERNARD Claude, *Principes de médecine expérimentale. Ou de l'expérimentation appliquée à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique (Écrits entre 1858 et 1877)*, Paris, Presses Universitaires de France, 1947. Edition électronique http://www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html, p.87.

⁷² « La médecine, qui est l'art de guérir, a dû présenter de suite deux faces en rapport avec son but, reconnaître une maladie et la guérir. Il a donc fallu avoir le diagnostic, c'est-à-dire la partie descriptive qui fait reconnaître, diagnostiquer la maladie, et la partie curative qui fait prévenir ou guérir la maladie ». BERNARD Claude, *Principes de médecine expérimentale*, op.cit., p.175.

⁷³ « La médecine scientifique n'existe pas encore aujourd'hui et que nous en sommes seulement à la période d'application anté-scientifique, c'est-à-dire à l'art empirique ». BERNARD Claude, *Principes de médecine expérimentale*, op.cit., p.224.

⁷⁴ CANGUILHEM Georges, « Puissance et limites de la rationalité en médecine », art.cit., p.398.

⁷⁵ Ibidem.

« conserve la rigueur théorique des connaissances qu'elle emprunte », tout en reconnaissant qu'assister l'individu dans sa précarité comporte des transgressions par rapport à la rationalité⁷⁶. C'est pourquoi la réponse peut être aussi bien positive que négative selon la description de l'action qu'on adopte⁷⁷.

Canguilhem signale aussi la possibilité de perturbations mutuelles d'un champ à l'autre : par exemple, c'est parce que la lutte contre les maladies infectieuses, produit de la rationalité scientifique imposé par l'instance politique (vaccinations), a été si efficace sur l'espérance de vie que l'activité du médecin a pu devenir « une exigence de l'homme qui refuse le mal », après avoir été « des siècles durant, la réponse à la prière de l'homme frappé par le mal »⁷⁸. L'impatience de guérison rencontre la fièvre inventive de l'industrie pharmaceutique, l'émulation scientifique et la croyance irrationnelle dans le progrès de la rationalité. Et c'est un deuxième type de limite à la rationalité médicale :

« Un savoir dont la rationalité devrait garantir l'autonomie se trouve orienté par des pesanteurs, nées d'attitudes collectives d'exigence auxquelles les succès qu'il a rendus possibles fournissent le meilleur des arguments »⁷⁹.

La rationalité de ceux qui produisent et utilisent le savoir dépend de « l'opinion de ceux qui sont charnellement concernés par de nouvelles avances en thérapeutique »⁸⁰.

Affolement des boussoles ? Qu'on parle de « scandale sanitaire » à propos de la présence d'aluminium dans les vaccins en serait un bon indice. Canguilhem n'entend pas pour autant s'engager dans la voie d'un réquisitoire contre les progrès empruntée par Illich⁸¹ et tout un courant de retour à l'autogestion naturelle de sa santé. Si « le corps médical est devenu un appareil d'Etat » « chargé de jouer dans le corps social un rôle de régulateur », cette troisième forme de limitation à la rationalité médicale est liée à la « rationalisation de la pratique médicale dans la société civile » et à la « tendance à considérer le pathologique non plus comme une déviation du physiologique dans l'individu mais comme déviance dans le corps social »⁸². Ces deux dernières formes de limites posées à la rationalité médicale tiennent donc respectivement à la porosité des champs concernés par la médecine et son usage politique et gestionnaire, alors que la première mentionnée était liée à son développement intrinsèque.

⁷⁶ CANGUILHEM Georges, « Le statut épistémologique de la médecine », art.cit., p.426.

⁷⁷ Prenons exemple de l'utilisation clinique des savoirs produits au laboratoire. Lorsque quelqu'un consulte un médecin à propos du corps, que sa demande peut être réduite à un besoin objectivable relié à une anomalie biologique sur laquelle le médecin peut intervenir (pour corriger le défaut par exemple, ou réduire un excès), alors on pourrait schématiser l'action thérapeutique comme suit : la chimie du médicament a exercé une transformation du réel biologique, de la chair dans sa matérialité insistante, et ceci reste positivement constatable quels que soient les discours qui accompagnent cette transformation. L'injection d'insuline par exemple abaisse la glycémie, quelles que soient la conception et les représentations qu'on se fait du diabète ou du niveau normal de glycémie. La puissance chimique opérante dans le réel du corps peut faire admettre que la réponse médicale est une application scientifique. Par contre, cette schématisation laisse dans l'ombre un grand nombre d'éléments présents dans la situation clinique : ce qui motive le choix de la molécule relève d'un registre incommensurable à la chimie, la demande du malade est grosse d'un questionnement sur l'existence, etc.

⁷⁸ CANGUILHEM Georges, « Puissance et limites de la rationalité en médecine », art.cit., p. 399.

⁷⁹ Ibid., p.400.

⁸⁰ Ibid., p.401.

⁸¹ ILLICH Ivan, *Némésis médicale : l'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1975.

⁸² CANGUILHEM Georges, « Puissance et limites de la rationalité en médecine », art.cit., p.403-4.

Revenant à son domaine propre dans la suite du texte, Canguilhem discute des spécificités de la rationalité médicale. Par sa proximité forte avec la biologie, elle n'est pas « asservie par les principes de la logique classique⁸³ », (elle tolère la contradiction : exemple des pathologies de l'immunité), ni « par les règles de l'arithmétique élémentaire » (l'addition de plusieurs médicaments n'est pas indépendante de l'ordre de leur administration), ni par l'universalité que suppose le déterminisme (l'identité de l'effet ne suit pas toujours l'identité de la cause)⁸⁴. Si la rationalité médicale est si puissante qu'elle a pu se maintenir malgré ces transgressions, cela ne montre jusqu'à présent qu'une certaine autonomie de la biologie. Mais la question qui est posée actuellement n'est plus celle-là. Peut-elle intégrer, sans rompre avec « les exigences d'objectivité qui ont commandé ses succès », des phénomènes qui apparaissent « comme une borne à son pouvoir » ? Peut-on rationaliser la subjectivité ? Celle-ci apparaît par exemple dans la protestation d'autonomie individuelle quant à l'appréciation de la santé⁸⁵, ou encore dans l'effet placebo qui dissocie guérison objective et guérison subjective⁸⁶. Peut-on les distinguer rationnellement ? Une possibilité serait de s'en remettre à la physiologie cérébrale, une autre de « défendre l'irréductibilité du psychique », comme l'a fait par exemple Groddeck dont Canguilhem cite quelques propos pour rappeler par contraste que le freudisme n'exclut pas la rationalité. Canguilhem semble sensible au scientisme de Freud : ses tentatives d'explication en termes d'énergie, d'hérédité, d'instincts ; le fait qu'il s'en remette uniquement à la chirurgie et à la radiothérapie pour se faire traiter du cancer. Mais il note, que ce soit chez Freud (désir de retour à l'inorganique), chez Schilder (notion de schéma postural), ou encore dans la phénoménologie de Merleau-Ponty (le corps propre), une difficulté pour la médecine (ou plutôt, pour la rationalité médicale) à concevoir la conscience de soi, la psychogénèse des maladies, ou encore la psychosomatique, dans ses coordonnées habituelles.

3.1. Une obligation de changer de registre

Toutes ces considérations sur la rationalité médicale, sa puissance et ses limitations interne ou externes, aboutissent à la thèse contenue dans l'article qui fixe un problème posé à la médecine, une difficulté constitutionnelle pourrait-on dire, en même temps, telle est notre hypothèse, qu'elle en décrit la spécificité et propose – implicitement – un programme.

Cette thèse, la voici. Canguilhem déclare que la médecine est arrivée au point

⁸³ Les principes de la logique classique : le tiers exclu (une proposition est soit vraie, soit fausse) ; le raisonnement par l'absurde : si non-A est faux, alors non-non-A est vrai (les ennemis de mes ennemis sont mes amis) ; l'implication : si A implique B, alors non-A exclut B ; la contraposition : si non-B implique non A, alors A implique B ; et vice-versa (si le sol n'est pas mouillé, c'est qu'il ne pleut pas est la contraposée de s'il pleut, le sol est mouillé.)

⁸⁴ CANGUILHEM Georges, « Puissance et limites de la rationalité en médecine », art.cit., p.404-405.

⁸⁵ Canguilhem balaie les objections à la rationalité qui sont le fait de certains qui ne proposent rien de moins que de revenir à la magie ou à des médecines pré-rationnelles. Mais il y cherche un appel légitime au renouvellement de la rationalité médicale. Le Normal et le pathologique avait déjà posé des jalons dans ce sens, sur une autre base : la médecine est au service de la restauration des normes, mais les normes sont toujours subjectives, elles sont toujours relatives à la relation entre un individu particulier et son milieu de vie ; quelque chose d'irréductible à la connaissance objective se trouve caché dans la médecine, alors même qu'elle fait chemin vers la science : un monde de valeurs plus qu'un monde de faits.

⁸⁶ Remarquons que lorsque Canguilhem évoquera les mises entre parenthèses successives du malade, il parlera de sa présence interrogative qui est suspendue. C'est selon nous, un des indices de la subjectivité présente en médecine.

« où la rationalité médicale s’accomplit dans la reconnaissance de sa limite, entendue non pas comme l’échec d’une ambition qui a donné tant de preuves de sa légitimité mais comme l’obligation de changer de registre. Il faut s’avouer enfin qu’il ne peut y avoir uniformité d’attention et d’attitude envers la maladie et envers le malade, et que la prise en charge d’un malade ne relève pas de la même responsabilité que la lutte rationnelle contre la maladie »⁸⁷.

Le malade est « plus et autre » qu’un terrain, fût-il biologiquement unique, où la maladie s’enracine, « plus et autre » qu’un sujet grammatical qualifié par un attribut emprunté à la nosologie. C’est un Sujet⁸⁸ dont Canguilhem dresse quelques traits : capable d’expression et de plainte, capable de s’illusionner, reconnaissable dans « tout ce qu’il ne sait désigner que par des possessifs » (sa douleur, son angoisse, ses espoirs, ses rêves, son imagination quant aux causes de son mal). Dans le texte de 1959, il notait déjà que « rien n’est plus commun chez l’homme que l’illusion sur son propre bien, même organique »⁸⁹. Cette subjectivité n’est pas réduite par l’identification de la vérité objective de sa maladie⁹⁰. Par contre, celle-ci permet au malade « une possession différente de son mal », voire même une dépossession (pas de maladie), sauf à reconnaître qu’il ne se trouve pas dépossédé *ipso facto* de sa croyance, parfois de sa complaisance, en lui-même malade⁹¹.

C’est dire que

« il est impossible d’annuler dans l’objectivité du savoir médical la subjectivité de l’expérience vécue du malade »⁹².

Cette expérience vécue, il le dira dans un texte ultérieur, n’est pas seulement « souffrance ou réduction de comportement », elle peut aussi être « déchéance et dévalorisation », et elle est un des composants de la maladie elle-même⁹³. Quelque chose résiste donc à la puissance de la rationalité, mais il ne s’agit pas d’un défaut temporaire de puissance.

L’expérience vécue du malade subit l’influence de l’histoire et de la culture, notamment médiatique⁹⁴ : les malades contemporains pensent que « l’Etat a pouvoir, par le moyen des services de santé publique, sur la santé des citoyens » et en attendent « le loisir d’être malades

⁸⁷ CANGUILHEM Georges, « Puissance et limites de la rationalité en médecine », art.cit., p.408. Sur le changement de registre, voir aussi plus bas, le détour par Freud.

⁸⁸ La majuscule est de Canguilhem. On entrevoit que Canguilhem n’évite pas le piège de l’exaltation du Sujet, comme possible enflure narcissique (Sa Majesté le Moi), là où Lacan le convoque comme présence fugitive, et sans réelle consistance. Mais on ne peut faire le reproche à Canguilhem de n’être pas lacanien. « L’intuition du moi garde, en tant qu’elle est centrée sur une expérience de conscience, un caractère captivant, dont il faut se déprendre pour accéder à notre conception du sujet » : LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre II, Le Moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse* (1954-1955), texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris, Seuil, 1978, séance du 15 décembre 1954, p.77.

⁸⁹ CANGUILHEM Georges, « Thérapeutique, expérimentation, responsabilité », art.cit., p.385.

⁹⁰ Si Canguilhem plaide ici pour l’irréductibilité de la subjectivité, on pourrait soutenir sans le contredire que l’objectivation médicale (par exemple, quand la découverte d’une lésion ou d’un dysfonctionnement vient éclairer les mécanismes qui président à la formation des symptômes ressentis) soutient plus qu’elle ne combat la subjectivité : ce que le malade ressentait comme étranger/étrangeté peut faire l’objet d’une appropriation subjective.

⁹¹ Ces deux points sont exacerbés par la disponibilité de l’information médicale que permet l’Internet.

⁹² CANGUILHEM Georges, « Puissance et limites de la rationalité en médecine », art.cit., p.409.

⁹³ CANGUILHEM Georges, « Les maladies », art.cit., p. 43-44. Nous anticipons ici sur la suite.

⁹⁴ Voir par exemple la « crise du LEVOTHYROX^o » de l’été 2017. Nous reviendrons sur l’expérience vécue dans le chapitre suivant.

et de se faire soigner » et « la reconnaissance de leur droit à ce loisir »⁹⁵. Mais aussi la solitude angoissée du malade est « hantée de représentations (...) au premier rang desquelles vient l'image populaire de l'homme bienfaisant, capable de délivrer du mal, guérisseur ou médecin ou les deux à la fois »⁹⁶. L'accomplissement de la rationalité médicale dans la reconnaissance de sa limite est donc « une conversion » et non « un repli »⁹⁷ vers le pré-rationnel⁹⁸.

3.2. La défaillance caractéristique de l'exercice de la médecine

Mais cette impossibilité (d'annuler dans l'objectivité du savoir médical la subjectivité de l'expérience vécue du malade), cette impuissance même, n'est pas ce que Canguilhem désigne comme *la* défaillance de l'exercice de la médecine (et non pas comme *une* défaillance, il faut le souligner).

« Ce n'est donc pas dans cette impuissance qu'il faut rechercher la défaillance caractéristique de l'exercice de la médecine. Elle a lieu dans l'oubli, pris en son sens freudien, du pouvoir de dédoublement propre au médecin qui lui permettrait de se projeter lui-même en situation de malade, l'objectivité de son savoir étant non pas répudiée mais mise entre parenthèses »⁹⁹.

Cette défaillance a comme lieu l'oubli (au sens freudien, nous y reviendrons un peu plus bas) d'un pouvoir de dédoublement. Canguilhem affirme donc à la fois un pouvoir propre au médecin **et** l'oubli de ce pouvoir. Ce pouvoir d'imagination projective suppose une « mise entre parenthèses », qu'on peut rapprocher de celles qu'a infligées au malade le développement scientifique de la médecine. Le leitmotiv du texte (ultérieur) sur le statut épistémologique de la médecine avait déjà ici son point de vérité : reconnaître que le savoir ne met pas fin à l'angoisse¹⁰⁰. Le passage cité se poursuit en effet ainsi :

« Car il revient au médecin de se représenter qu'il est un malade potentiel et qu'il n'est pas mieux assuré que ne le sont ses malades de réussir, le cas échéant, à substituer ses connaissances à son angoisse »¹⁰¹.

C'est parce qu'il peut savoir cela (que le savoir ne met pas fin à l'angoisse), du fait de sa position, de sa formation, de ses connaissances, de son expérience, que le médecin possède ce pouvoir de dédoublement¹⁰².

On peut alors schématiser le parcours des trois textes de la manière suivante : pour mieux poursuivre son projet thérapeutique, la médecine met entre parenthèses l'objet initial de son

⁹⁵ CANGUILHEM Georges, « Puissance et limites de la rationalité en médecine », art.cit., p 410.

⁹⁶ Ibidem. Ceci peut rendre compte du recours aux thérapies complémentaires, fussent-elles peu rationnelles pour l'occidental moyen. Canguilhem souligne que la contestation de l'expropriation de la santé individuelle par la socialisation de la médecine est le fait de gens qui ont oublié les dégâts causés par les virus de la grippe et des hépatites A et B...

⁹⁷ Ibid., p.411.

⁹⁸ La charge sera reprise dans CANGUILHEM Georges, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible? », art.cit., p. 93-94.

⁹⁹ CANGUILHEM Georges, « Puissance et limites de la rationalité en médecine », art.cit., p.409.

¹⁰⁰ Ce qui est vrai aussi pour le malade (cf « Une crise de l'information »). Le patient qui se surinforme pour y pallier ne fait souvent que l'acutiser.

¹⁰¹ Ibidem.

¹⁰² Au chapitre XII, nous proposerons une autre lecture du dédoublement du médecin, qui ne repose pas sur une projection identificatoire.

attention, mais pour l'accomplir et donc retourner au malade, c'est toute la démarche d'objectivation qui doit à son tour être mise entre parenthèses. La première mise entre parenthèses devait être provisoire. La seconde ne doit pas répudier l'objectivité. Des difficultés de deux ordres sont posées à la médecine : d'une part celle du devoir d'assistance, de la réponse à la demande, qui amène à des transgressions par rapport à la science ; d'autre part celle de la subjectivité, qui résiste à son annulation.

Mais il est permis de prolonger la réflexion : quels sont les rapports entre impuissance, défaillance, oubli, savoir ? Il faut à mon sens tirer toutes les conséquences de la phrase : « ce n'est pas dans cette impuissance [à annuler la subjectivité de l'expérience vécue du malade] qu'il faut chercher la défaillance caractéristique de l'exercice de la médecine ».

En effet, pris à la lettre, cet énoncé affirme que la défaillance est la marque, la signature de l'exercice de la médecine. « Caractéristique » a en effet pour premier sens : « qui constitue le trait distinctif ou spécifique de quelque chose ou de quelqu'un ». Le trait distinctif, la spécificité de l'exercice de la médecine est donc une défaillance. Qu'entendre par défaillance ? Si défaillance il y a, quel en est l'objet ? La suite du texte dit *où* et *comment* elle se produit (dans un oubli), mais pas *ce qui* défaille, ce qui fait défaut. Peut-on en désigner la chose absente ou perdue, la chose qui disparaît ? Est-ce l'exercice de la médecine lui-même ? Ses fonctions s'amointrissent ou s'interrompent : fin de la médecine ! Nous ne retenons pas cette lecture. Canguilhem aurait donné des indications plus précises s'il voulait annoncer la disparition de la médecine. De plus, on ne comprendrait pas alors la place de l'adjectif « caractéristique », qui indique bien le propre de l'exercice¹⁰³.

Quand le terme est employé sans complément prépositionnel explicite, la défaillance est la « perte (momentanée ou non) des qualités requises pour remplir une fonction », ou, quand il s'agit non plus d'un instrument mais d'une institution, la « perte d'efficacité nuisant à la bonne marche de l'entreprise; erreur, faute commise à la suite de cette perte d'efficacité »¹⁰⁴. Dans ce cas, il faut référer la défaillance soit à la rationalité, soit à la visée thérapeutique de la médecine, donc à son projet originaire. La première option semble ici devoir être retenue, dans ce texte qui lui est consacré. Mais en réalité, cela revient au même, car Canguilhem, rappelant en les corrigeant les propos de Claude Bernard, reprend à son compte l'idée que « la science, c'est la rationalité de guérir »¹⁰⁵.

Tirons des premières conclusions : ce qui caractérise l'exercice de la médecine, c'est de défailir, de ne pouvoir mener à son terme l'entreprise de rationalité. Mais « ce n'est pas l'échec d'une ambition... », et c'est pourquoi l'accomplissement de la rationalité est paradoxal. Elle s'accomplit *en* reconnaissant sa limite, elle s'accomplit alors même que survient la défaillance, *au point précis* de cette défaillance ! L'oubli du pouvoir de dédoublement est corrélatif du fait que cette défaillance soit méconnue dans son caractère crucial, et considérée comme pure négativité, alors que c'est la charnière de l'accomplissement du projet originaire et de la

¹⁰³ Pour être clair : nous lisons caractéristique-de-l'exercice-de-la-médecine, et non défaillance-de-l'exercice-de-la-médecine.

¹⁰⁴ Ces définitions sont tirées du Dictionnaire Trésor de la Langue Française Informatisé. URL : <http://atilf.atilf.fr/>.

¹⁰⁵ CANGUILHEM Georges, « Puissance et limites de la rationalité en médecine », art.cit., p.394.

rationalité médicale. La rationalité médicale a donc quelque chose de spécifique, qui la fait sortir des gonds habituels.

Lutter contre ce défaut, n'est-ce pas là le ressort de la tentative de faire science ? Mais n'oublions pas le tranchant de Canguilhem : le défaut n'est pas transitoire, il est constitutif. L'épistémologie de la médecine doit intégrer cela. Paradoxalement, la tentative de faire science est à la fois le moteur du progrès, de l'efficacité, ce qui nourrit la médecine et ce qui barre son accomplissement en activant l'oubli du pouvoir de dédoublement et la méconnaissance de la défaillance¹⁰⁶.

A.4 CANGUILHEM SUR LA DICHOTOMIE ART/SCIENCE

Dans ces trois études, Canguilhem a clairement situé la médecine du côté de la science. Antérieurement, dans la première partie du *Normal et du Pathologique* (1943), il avait proposé que la médecine était une « technique ou un art au carrefour de plusieurs sciences »¹⁰⁷, alors que la physiologie est « la science des allures stabilisées de la vie »¹⁰⁸. La dichotomie n'est pas explicite dans le texte de 1959 (« Thérapeutique... »), mais elle est présente en filigrane : d'un côté, le progrès technique, l'expérimentation thérapeutique, de l'autre, la tradition. L'habileté de l'argumentation, on l'a vu, est de situer la démarche expérimentale au cœur de la tradition médicale et de ce qu'elle revendique, à savoir le souci de la singularité de l'homme malade. Autrement dit, se revendiquer de l'attention à l'homme mérite autre chose que de « vagues philosophèmes de médecine dite humaniste ou personnaliste » et un « anathème sentimental contre tout comportement expérimentaliste »¹⁰⁹. C'est en soignant, au cœur donc de son exercice, que le médecin est situé dans la ligne caractéristique de la méthode scientifique, soit l'expérimentation. Ce sera l'objet du chapitre IX.

Dans « Puissance et limites... », Canguilhem prend ses distances avec Bernard, lequel esquissait une évolution d'un stade à un autre, de l'empirisme à la science, de l'art à l'expérimentation. Canguilhem montre les limites de cette perspective évolutionniste. Il ne reprend pas à son compte l'optimisme bernardien, mais n'entend pas céder pour autant à la tentation du retour à un état pré-rationnel. Il ne dit pas non plus que la science, quand elle bute contre ses limites, devrait être « complétée » par l'art.

« Le statut épistémologique... » rend compte des sacrifices consentis, ces mises entre parenthèses successives du malade individuel que le passage de l'empirisme à la science implique nécessairement (méthodologiquement). Il est question de l'élévation du statut de la médecine, de renouvellement épistémologique, du devenir science. Quand il affirme pour la médecine un statut de « somme évolutive de sciences appliquées », il ne parle plus d'art, sauf

¹⁰⁶ Avouons-le, cela peut paraître excessif, et pourtant, c'est bien sur cette bordure, cette limite, que se déroule la pratique ordinaire, sans le montrer bien entendu.

¹⁰⁷ CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, op.cit., p. 7.

¹⁰⁸ Ibid., p.137.

¹⁰⁹ CANGUILHEM Georges, « Thérapeutique, expérimentation, responsabilité », art.cit., p.390.

pour fustiger ceux qui « croient défendre la spécificité de la médecine en la dénommant art de soigner »¹¹⁰.

A la fin de son texte, il dit d'ailleurs clairement que « c'est la mise entre parenthèses du malade pris comme cible de soins qui permet à la médecine sa conversion en science appliquée, où l'accent est désormais mis sur science. *Comme toute science*, la médecine a dû passer par le stade d'élimination provisoire de son objet initial concret »¹¹¹.

On voit ici réapparaître ce terme de « conversion », déjà présent dans le texte « Puissance et limites... » : toutefois, il ne s'agit pas du même moment, car dans « Puissance et limites », il s'agit d'un « point de conversion » qui n'est pas un point de repli, pour accomplir la rationalité médicale. Il y en a donc deux, c'est une dialectique : une conversion initiale de l'empirisme vers la science appliquée (pour mener à bien le projet thérapeutique), et une seconde conversion pour l'accomplir et faire retour à l'individu concret et à sa présence interrogative.

Si Canguilhem se refuse, selon nous, à concéder que la seconde conversion est un retour à l'art dont on avait voulu se défaire par souci d'efficacité (première conversion), c'est que précisément il veut éviter une confusion entre une conception de l'art qui serait celle d'un état préscientifique, de dignité moindre car pré-rationnel, et ce que serait un art post-scientifique, non pas postérieur sur la flèche du temps historique, mais dans une dialectique qui se joue depuis le début¹¹². Depuis le début signifie ici que depuis l'Antiquité grecque, la même tension travaille la médecine. Seules les techniques et les méthodes ont changé pour établir un savoir vrai, codifiable, transmissible, etc. Autrement dit, faire appel à l'art contre la science, comme s'il fallait revenir à un âge d'or, de cela il ne saurait être question. Canguilhem n'entend donner aucune prise à cette perspective-là : « la médecine ne peut mieux honorer Hippocrate qu'en cessant de s'en réclamer »¹¹³. Comme si les termes du débat (la médecine est-elle une science ou un art ?) étaient piégés par un autre débat (pour ou contre la science), lequel ne fait pas sens pour Canguilhem. C'est pourquoi nous proposerons de revenir au terme de *tekhnē*, qui permet d'éviter les embarras de cette dialectique et de déjouer l'opposition paradigmatique science/art.

Mais restons encore un moment avec Canguilhem, pour mettre en quelque sorte à l'épreuve notre lecture de sa position, qui ne serait donc pas la science contre l'art, mais une position épistémologique spécifique de la médecine, avec deux points de conversion qui installent un temps logique qui lui est propre¹¹⁴ : la réponse à la demande de l'individu souffrant n'est pas la simple application d'un savoir (et c'est un de nos points de désaccord avec Canguilhem : le terme de science appliquée est trompeur¹¹⁵), elle doit intégrer son impuissance à annuler la

¹¹⁰ CANGUILHEM Georges, « Le statut épistémologique de la médecine », art.cit., p.425.

¹¹¹ Ibid., p.428 (nos italiques).

¹¹² Cette dialectique n'est pas sans rappeler celle que propose Ricoeur entre éthique et morale: premier temps de la visée de la vie bonne (projet thérapeutique originaire); second temps de l'établissement de normes morales (codification dans un savoir scientifique); troisième temps de la sagesse pratique (recours et non retour à la visée originaire pour trancher là où les normes sont contradictoires, ou dans des situations inédites). RICOEUR Paul, *Soi-même comme un autre*, op.cit.

¹¹³ CANGUILHEM Georges, « L'idée de nature dans la pensée et la pratique médicale », art.cit., p.30.

¹¹⁴ Non pas le temps logique chez Lacan (instant de voir, temps pour comprendre, moment de conclure), mais quelque chose de pas trop éloigné quand même (demande, savoir, réponse). LACAN Jacques, « Le temps logique et l'assertion de certitude anticipée » (1945), *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p.197-214.

¹¹⁵ Surtout si on suppose une connaissance abstraite de modèles et des théories qui peuvent être appliquées dans la réalité quand certaines conditions prédéfinies sont remplies. Car alors, c'est le modèle lui-même de science

subjectivité¹¹⁶. Si défaillance il y a, c'est bien cela : est-ce qu'un acte qui accomplit une puissance – celle de la rationalité – est une des modalités possibles, pour cette puissance, de défaillir – dans la reconnaissance de sa limite ? Non pas de faire défaut au sens d'un manque, mais au sens d'une défaillance, d'un trébuchement, d'un évanouissement ? Sur l'échelle de la rationalité, le désir de faire science pousse le plus loin possible la barrière de la défaillance¹¹⁷.

Essayons de compléter, à partir d'autres textes de Canguilhem sur la médecine, sa position sur la question Science/Art.

Curieusement, dans « L'idée de nature dans la pensée et la pratique médicales » (1972)¹¹⁸, Canguilhem fait encore grand usage de l'expression « l'art médical », sans aucune connotation polémique. Qu'elle apparaisse naturellement quand il s'agit de commenter les perspectives antiques du rapport à la nature est une chose (par exemple : « l'art médical doit observer, écouter la nature » ou encore, « si l'art médical est né, s'il a été transmis, s'il doit être perfectionné, c'est comme mesure du pouvoir de la nature, c'est à dire évaluation de ses forces »¹¹⁹), mais qu'il l'emploie aussi pour parler de la médecine contemporaine en est une autre (« Maintenant, l'ignorance consisterait à ne pas demander à la nature ce qui n'est pas de la nature. L'art médical est la dialectique de la nature »¹²⁰). Et quand il rappelle le geste diagnostique des signes provoqués (signalé plus tard comme la première mise entre parenthèses du malade et une étape clé dans le devenir science), il évoque « l'art de la contraindre [la nature] à s'exprimer ».¹²¹

Dans « Les maladies » (1989)¹²², Canguilhem esquisse à gros traits les étapes marquantes de la lutte contre les maladies. La médecine grecque hippocratique « est contemporaine des premières recherches méritant le nom de science »¹²³. Pour autant, ce n'est pas la science au sens moderne du terme, et « la médecine d'aujourd'hui s'est fondée (...) sur la dissociation progressive de la maladie et du malade »¹²⁴, ce qui montre le résultat de l'opération de mise entre parenthèses. En fait, ce qu'il ne discute pas, c'est que la médecine devenant science change d'objet, passe du malade à la maladie comme en parle Jean Gayon. On aurait pu éventuellement admettre une tension entre un art de soigner des malades et une « science des maladies »¹²⁵ (reprise des concessions de Bernard). Mais comme l'expérience vécue de la

appliquée qui ne trouve jamais à s'appliquer correctement. Le risque est alors de croire qu'il doit s'appliquer, et de forcer la situation à remplir les conditions qu'elle ne remplit pas spontanément, en l'amputant de nombre de ces aspects.

¹¹⁶ De même que le moment de conclure est en quelque sorte une précipitation qui n'est pas déduite uniment des prémisses

¹¹⁷ A rapprocher de la dialectique désir, jouissance, plaisir : Sur l'échelle de la jouissance, le désir pousse le plus loin possible la barrière du plaisir (LACAN Jacques, « La place de la psychanalyse dans la médecine, art.cit.) : ce dernier est à la fois l'accomplissement du désir, en tant que jouissance, mais aussi défaillance de la jouissance puisque si l'orgasme est un culmen, il marque aussi côté masculin le début de la détumescence : qui laisse à désirer...

¹¹⁸ CANGUILHEM Georges, « L'idée de nature dans la pensée et la pratique médicale », art.cit., p. 15-31. Ce texte avait été publié en 1972 dans la revue *Médecine de l'homme* sous un titre un peu différent : « L'idée de nature dans la théorie et la pratique médicales », si on en croit les sources indiquées en page 12.

¹¹⁹ Ibid., p.18.

¹²⁰ Ibid., p.22.

¹²¹ Ibid., p.28.

¹²² CANGUILHEM Georges, « Les maladies », art.cit., p.33-48.

¹²³ Ibid., p.34.

¹²⁴ Ibid., p.35

¹²⁵ Ibid., p.36 : « La médecine s'est efforcée de devenir une science des maladies ».

maladie, que ce soit comme déchéance, dévalorisation, souffrance ou réduction de comportement, « doit être tenue pour l'un des composants de la maladie elle-même »¹²⁶, il est artificiel et fallacieux d'extraire l'objectivité de la maladie de la notion même de maladie. Cette remarque concerne au premier chef les maladies pour lesquelles les considérations causales doivent « prendre en considération le statut social des malades et la représentation qu'ils en ont »¹²⁷. Certes, on se trouve ici presque dans les marges, « à la frontière nébuleuse de la médecine somatique et de la médecine psychosomatique, elle-même hantée par la psychanalyse »¹²⁸. Mais notons qu'alors, la « science des maladies », si elle se contente de l'objectivité biologique, manque totalement son objet. Le « malade nerveux », comme le désignait Freud, n'est pas seulement un embarras pour l'art de guérir, mais aussi un obstacle à la science des maladies¹²⁹. On le voit, il y a, dans ces domaines, comme un bafouillement. Non seulement art/science, mais malade ou maladie ?

Canguilhem ne reprend cependant pas du tout à son compte ce qui est avancé par la psychologie ou la sociologie. Faire appel à des mythes ne supprime pas la prépondérance de la biologie, et ne signe pas la victoire d'idéologues personnalistes ; Canguilhem y voit davantage un effet de réaction provoqué par « l'extrémisme de théories médicales inféodées au pasteurisme ou exaltées par les succès de la biologie moléculaire »¹³⁰. Mais il reconnaît l'intérêt qu'il y a, à côté de l'étude des maladies, à tenter de comprendre « le rôle et le sens de la maladie dans l'expérience humaine »¹³¹. Faut-il alors compléter la science par une herméneutique, la pratique médicale par une philosophie ?

Pour Canguilhem les maladies sont des crises, nous l'avons déjà signalé (chapitre VI, B). Mais elles peuvent à l'inverse contribuer à s'endurcir et à pouvoir durer. La maladie est donc à la fois un fait biologique universel et une épreuve existentielle pour l'individu singulier¹³². Elle ouvre à ce titre un questionnement sur la précarité du vivant. La maladie est le signe que « la mort est dans la vie », les maladies des « instruments de la vie par lesquels le vivant, lorsqu'il s'agit de l'homme, se voit contraint de s'avouer mortel »¹³³. Canguilhem n'indique-t-il pas ici un motif, sinon *le* motif secret de toute médecine : combattre cette contrainte de s'avouer mortel, la refuser le plus possible ? On peut alors éclairer une partie de la puissance qui alimente l'oubli du pouvoir de dédoublement et la négation de la limite à la rationalité scientifique dont nous parlions plus haut, mais aussi éclairer le désir de gouverner des corps en proie à la démesure (cf. chapitre VI).

Cette thématique en croise une autre, car la thérapeutique véhicule avec elle une idée de la santé. Si les maladies sont mieux combattues grâce aux sciences biologiques, auxquelles on doit plus de succès « qu'aux thaumaturgies d'inspiration psychosociologique »¹³⁴, il n'empêche que la santé « n'est pas un concept scientifique, c'est un concept vulgaire », c'est-à-dire – d'une

¹²⁶ Ibid., p. 43-44.

¹²⁷ Ibid., p.43.

¹²⁸ Ibid., p.44.

¹²⁹ FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », op.cit. Cf. plus loin, la partie consacrée à Freud.

¹³⁰ CANGUILHEM Georges, « Les maladies », art.cit., p.46.

¹³¹ Ibidem.

¹³² Ibid., p.47.

¹³³ Ibid., p.48.

¹³⁴ CANGUILHEM Georges, « Les maladies », art.cit., p.44.

part – à la portée de tous, et – d'autre part – une question philosophique : « il n'y a pas de science de la santé »¹³⁵, redit Canguilhem encore plus vigoureusement que Kant¹³⁶. Et la thèse de Canguilhem est que la santé est la vérité du corps¹³⁷. Ce qui nous importe de souligner ici est la disjonction entre savoir et vérité : s'il y a une science de la machine, quelque chose du corps échappe. La santé comme vérité de mon corps est « une santé sans idée », « présente et opaque »¹³⁸, et pourtant c'est ce qui « valide, pour moi-même et aussi bien pour le médecin en tant qu'il est *mon* médecin, ce que l'idée du corps, c'est à dire le savoir médical, peut suggérer d'artifices pour le soutenir »¹³⁹. Autrement dit, le point de validation de la science médicale est... en-dehors de la science !

« Mon médecin, c'est celui qui accepte, ordinairement, de moi que je l'instruise sur ce que, seul, je suis fondé à lui dire, à savoir ce que mon corps m'annonce à moi-même par des symptômes dont le sens ne m'est pas clair. Mon médecin, c'est celui qui accepte de moi que je voie en lui un exégète avant de l'accepter comme réparateur »¹⁴⁰.

On voit mieux à présent que ce que l'opération de mise entre parenthèses avait écarté n'est pas seulement le malade, mais aussi son médecin. Autrement dit : mon médecin est aussi un philosophe, pas seulement un ingénieur de la mécanique corporelle¹⁴¹. Par rapport à la question épistémologique, Canguilhem a déplacé la réponse. La science ne suffit pas. Mais ce n'est pas l'art qui vient comme relève, c'est une philosophie. Canguilhem s'interroge si en faisant cela, il n'a pas méprisé « la discipline » qu'est la médecine¹⁴², et en vient à dire que la reconnaissance de la santé du corps comme sa vérité au sens ontologique, doit admettre la présence « en lisière et comme garde-fou, à proprement parler, de la vérité au sens logique, c'est-à-dire de la science »¹⁴³.

Et c'est encore la science qui fonde le traitement que « la médecine doit au malade »¹⁴⁴, qui fonde la formation et le diplôme, par contraste avec le guérisseur qui n'est jugé que sur ses réussites. Par contre, et c'est ici que Canguilhem distingue explicitement le « point de vue de la pratique médicale »¹⁴⁵, ce qui relève de la santé et de la guérison n'est pas en adéquation avec « les traités de médecine ». Autrement dit, la science est en inadéquation avec la pratique, et en raison de ceci que ces deux concepts vulgaires relèvent d'un autre genre de discours. L'âge positiviste de la médecine tenait la relation médecin-malade pour un « résidu archaïque de

¹³⁵ CANGUILHEM Georges, « La santé : concept vulgaire et question philosophique », art. cit., p.49-68.

¹³⁶ Georges Canguilhem rapporte les propos de Kant sur la santé qu'on trouve dans *Le conflit des facultés en trois sections*, op.cit.

¹³⁷ Ceci a des conséquences que nous reverrons dans la partie consacrée au Corps.

¹³⁸ Donc de l'ordre du réel chez Lacan, en tant que relevant ni de l'imagination ni du symbolique.

¹³⁹ CANGUILHEM Georges, « La santé : concept vulgaire et question philosophique », art. cit., p.63-64.

¹⁴⁰ Ibid., p.64.

¹⁴¹ Selon Kant, le médecin agit sur le corps, et sur l'esprit par les soins du corps. Et quand, pour aider le corps malade, le médecin endort certains affects ou en excite d'autres, il se comporte en philosophe, « ce qui loin de lui attirer le blâme, doit au contraire lui faire mériter les plus grands éloges ». Un tel régime de l'esprit relève « des médecins non en tant que médecins, mais dans la mesure où ils méritent d'être appelés philosophes ». KANT Emmanuel, « La médecine du corps qui est du ressort des philosophes » (1786), in *Ecrits sur le corps et l'esprit*, trad. Grégoire Chamayou, Paris, GF-Flammarion, 2007, p.137, AK XV, 945.

¹⁴² CANGUILHEM Georges, « La santé : concept vulgaire et question philosophique », art. cit., p.66.

¹⁴³ Ibid., p.68.

¹⁴⁴ CANGUILHEM Georges, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible? », art.cit., p.71.

¹⁴⁵ Ibid., p.82-83.

magie ou de fétichisme », et c'est la psychanalyse qui a permis de réactualiser ce rapport. Canguilhem estime

« urgent de s'interroger sur la place que l'attention accordée par un médecin singulier à un malade singulier peut prétendre encore tenir dans un espace médical de plus en plus occupé, à l'échelle des nations dites développées, par les équipements et règlements sanitaires et par la multiplication programmée des "machines à guérir" »¹⁴⁶.

Autrement dit, ce n'est pas que l'ancrage dans l'objectivité scientifique qui peut faire obstacle à la relation singulière, mais aussi la rationalisation politico-sociale des soins.

B. LE POINT DE BUTEE DE LA SUBJECTIVITE

Revenons à la définition proposée par Canguilhem, la médecine comme « somme évolutive de sciences appliquées ». Il la pose en quelque sorte écartelée entre sa finalité thérapeutique adressée à l'individu singulier et son ambition scientifique qui suppose la mise entre parenthèses du malade. Si écartèlement il y a, ce n'est pas seulement celui de la médecine comme discipline, mais du médecin dans son exercice quotidien.

Si la science permet, dans une certaine mesure (voir les restrictions soulignées pour EBM), de réduire l'incertitude, de mieux fonder des démarches thérapeutiques sur des résultats expérimentaux, il n'empêche que, ce faisant, pour des raisons de méthode, la « présence interrogative du malade » a été suspendue. Or, nous l'avons vu avec le texte de Lacan : l'originalité de la position du médecin est d'avoir à répondre à une demande. Si on commence par la suspendre, la médecine défaille avant même d'avoir fait le moindre pas. Il n'est alors pas étonnant que la rationalité médicale bute sur l'obstacle de la subjectivité, si on tient qu'une des manières dont elle est présente dans la pratique médicale est précisément dans la demande que le malade formule à l'adresse du médecin. Il faut alors considérer cette suspension comme une fiction, qui ne se justifie que pour atteindre une fin pratique¹⁴⁷.

Mais il faut ajouter d'autres difficultés encore qui résultent de la tension vers la science, et que nous avons déjà rapportées : la polarisation du médecin sur les faits objectifs façonne une représentation du corps comme un objet générique et renforce une conception « ontologique » des maladies qui s'accommodent difficilement avec l'abord du patient comme singulier. La valeur accordée à la relation entre malade et médecin pour l'établissement du diagnostic est faible, malgré les démonstrations de l'importance de l'anamnèse¹⁴⁸. Le développement des connaissances favorise la spécialisation qui entraîne un morcellement du corps en appareils ou fonctions : l'appréhension du global du corps (à ce niveau même de l'organisme physiologique) est très problématique. Les difficultés concrètes que posent les malades atteints de plusieurs maladies chroniques sont de plus en plus épineuses : chacune d'elle relève d'un spécialiste

¹⁴⁶ Ibid., p.86.

¹⁴⁷ Ce que Vaihinger montre dans les usages du « comme si ». VAIHINGER Hans, « Extrait du chapitre XXVI de la Philosophie du comme si », *Philosophia Scientiæ* [En ligne], 9-1 | 2005, mis en ligne le 24 juin 2011, consulté le 22 juillet 2018. URL : <http://journals.openedition.org/philosophiascientiae/625>

¹⁴⁸ BRANDER Patrick, GARIN Nicolas, « Utilité de l'anamnèse et de l'examen clinique... », art.cit.

différent, mais peu acceptent d'endosser la fonction « d'unité opération » qui assume une « somme » d'avis d'experts qui ne soit pas qu'une addition voire une simple juxtaposition. Canguilhem évoque les spécialistes comme des « ingénieurs d'un organisme découpé comme une machinerie »¹⁴⁹ : la mise entre parenthèses n'est alors plus un moment logique ou une étape provisoire, mais un état durable.

Il faut poser l'hypothèse que la suspension méthodologique de la présence interrogative du malade est devenue une suspension méthodique qui sert d'autres intérêts. Si la subjectivité fait limite à la rationalité du médecin, peut-être est-elle le signal d'un danger dont il convient de se protéger. De fait, le médecin semble se protéger de la rencontre par une série d'écrans, celui de l'ordinateur sur le bureau de consultation rend maintenant cette protection visible. Le rapport au corps physique du malade s'est estompé, l'examen clinique traditionnel perd de l'importance au profit de l'augmentation des examens complémentaires, biologiques et d'imagerie¹⁵⁰. Le modèle biomédical dans son ensemble est une protection à l'égard de la subjectivité : il conçoit le malade comme une unité autonome, indépendante et isolée des autres individus et des contextes sociaux et culturels, la manière dont la maladie est supportée par le malade reste secondaire, elle sert tout au plus à épingle la part d'anxiété ou de dépression comme comorbidité psychiatrique ; il conçoit le médecin comme interchangeable (à connaissances équivalentes) car la subjectivité du médecin ne devrait avoir aucun impact sur le diagnostic et le traitement. Les contraintes de la réglementation du travail renforcent cet aspect dans les hôpitaux. La continuité des soins repose sur ce qui est aisément transmissible par des notes codifiées, qui évacuent une grande part de la subjectivité des malades comme des soignants.

De quoi faut-il se protéger ? De l'incertitude, oui. De la demande ? Du transfert ? De l'amour ? De l'angoisse ? Toutes ces données sont présentes dans la pratique. C'est ainsi que je comprends la phrase finale du texte de Canguilhem sur le statut épistémologique de la médecine : quand celui-ci « advient à la conscience comme question on voit bien que la recherche d'une réponse soulève des questions ailleurs qu'en épistémologie de la médecine »¹⁵¹. A ceci, nous préférons une épistémologie de la médecine qui soit à même de rendre compte de son ensemble, fût-il hétérogène.

Si Canguilhem a indiqué la nécessité de reconnaître la limite de la subjectivité pour accomplir la rationalité médicale, et a avancé même à cet endroit la notion d'une conversion, il n'en a pas pour autant indiqué les modalités. La question qui s'ouvre est alors celle-ci : comment prendre en compte la subjectivité ?

Canguilhem ouvre-t-il néanmoins une piste en mentionnant ce pouvoir oublié qui permettrait au médecin « de se projeter lui-même en situation de malade, l'objectivité de son savoir étant non pas répudiée mais mise entre parenthèses »¹⁵² ? Une lecture hâtive pourrait se contenter d'y voir une forme d'empathie. Mais il ne dit pas que le médecin devrait se projeter dans la situation du malade qui se tient devant lui, qu'il devrait se mettre à sa place. Toutefois,

¹⁴⁹ CANGUILHEM Georges, « Les maladies », art.cit., p.41.

¹⁵⁰ SICARD Didier, HADDAD Gérard, *Hippocrate et le scanner ; réflexions sur la médecine contemporaine*, op.cit.

¹⁵¹ CANGUILHEM Georges, « Le statut épistémologique de la médecine », art.cit., p.428.

¹⁵² CANGUILHEM Georges, « Puissance et limites de la rationalité en médecine », art.cit., p.409.

il s'agit bien d'un changement de position : « se projeter en situation de malade », assorti d'une précision : ce changement de position a un corrélat, qui est la mise entre parenthèses, non pas de son savoir, mais de l'objectivité de son savoir, laquelle ne doit toutefois pas être répudiée.

Quelle signification accorder au participe présent « étant », dans l'expression : « l'objectivité de son savoir étant non pas répudiée mais mise entre parenthèses » ? Il y a au moins deux sens possibles. Dans le premier sens, une première action effectuée [la mise entre parenthèses sans répudiation de l'objectivité du savoir] est la condition de possibilité du mouvement d'auto-projection du médecin en situation de malade. Autrement dit : si l'objectivité de son savoir était mise entre parenthèses, ou bien une fois mise entre parenthèses l'objectivité de son savoir, alors le médecin serait dans une disposition plus favorable pour se projeter en situation de malade.

Dans un second sens, il y a une seule opération, décrite de deux manières différentes : se projeter en situation de malade équivaut à mettre entre parenthèses sans la répudier l'objectivité de son savoir. Selon le cas, la portée de l'oubli sera différente. Dans le premier cas, la mise entre parenthèses de l'objectivité du savoir (comme préalable) n'est pas nécessairement soumise à l'oubli : elle peut avoir lieu et néanmoins le pouvoir de dédoublement être oublié. Dans le second cas, le pouvoir oublié est aussi celui de la mise entre parenthèses de l'objectivité du savoir. Cela semble moins vraisemblable : n'est-on pas, qui que nous soyons, toujours confronté au fait de mettre à l'écart l'objectivité de notre savoir ? Ce qui est moins banal tient peut-être dans la nuance : une mise entre parenthèses qui ne soit pas une répudiation. Aussi on s'interrogera sur la portée de ce terme « répudiée », qui ne fait pas partie du régime sémantique habituel des discussions sur la science et la rationalité. Que signifie répudier, ou non, l'objectivité du savoir ?

Le lexicographe distingue plusieurs sens de « répudier », en fonction de la nature du complément d'objet. Le premier sens a rapport à l'union conjugale, et désigne un renvoi (de la femme, plus rarement du mari) par « décision unilatérale », par contraste avec le divorce qui suppose une décision de justice. Par extension, on parle aussi de « répudier sa maîtresse ». Retenons l'idée d'une union, d'un lien fort, qui est rompue. Dans le champ du droit, répudier c'est renoncer à un droit acquis, ou à une donation. Retenons l'idée de renoncer à une qualité que l'on possède. Les autres emplois sont des extensions analogiques ou des sens figurés : répudier quelqu'un c'est le récuser, le renier, le repousser ; répudier un objet concret est rare (abandonner, rejeter)¹⁵³ ; quand le complément d'objet désigne quelque chose d'abstrait, ce qui est le cas de son emploi dans le texte de Canguilhem, répudier signifie « rejeter ce qu'on avait accepté ou admis »¹⁵⁴. Remarquons enfin que ce n'est pas l'objectivité *du* savoir médical qui est en cause, mais l'objectivité de *son* savoir : il s'agit bien de chaque médecin en particulier, et non pas de la médecine en général.

¹⁵³ DICTIONNAIRE Trésor de la Langue Française Informatisé : J'ai trouvé une de ces choses rejetées par la mer (...). Es-tu le jeu de la nature, ô privée de nom, et arrivée à moi, de par les dieux, au milieu des immondices que la mer a répudiées cette nuit? (VALÉRY, *Eupalinos*, 1923, p. 100).

¹⁵⁴ Ibid. : Synon. condamner, renier, repousser. Répudier une opinion, une doctrine, un engagement. Ah! combien de fois ce qu'il y a au fond de nous et qui demeure intact répudie ainsi ce que disent nos lèvres, nos yeux et nos gestes! (GREEN, *Journal*, 1941, p. 65). Écoutez plutôt ce que je vous propose: si vous répudiez votre crime, je vous installe tous deux sur le trône d'Argos (SARTRE, *Mouches*, 1943, III, 2, p. 96).

Ainsi, mettre entre parenthèses l'objectivité de son savoir sans la répudier ne signifie pas mettre entre parenthèses son savoir, mais l'objectivité de celui-ci. Et cette mise entre parenthèses ne signifie pas un rejet, un abandon, un renoncement, une rupture, un retour par exemple à un état pré-rationnel, ni une bascule dans l'irrationnel.

Toutefois, cela est-il possible ? Canguilhem qualifie l'oubli de ce pouvoir de dédoublement comme étant « la défaillance caractéristique de l'exercice de la médecine »¹⁵⁵. Comment en effet le médecin, supposé réaliser, au profit de son malade, une « unité d'opération », pourrait-il dans le même temps clinique, intégrer la limite à la rationalité qu'oppose la subjectivité du malade ? Comment opérer cette conversion rendue nécessaire par le maintien de la présence interrogative du malade ? Cette difficulté, bien réelle et épineuse, est probablement le motif majeur pour éviter les encombrements de la subjectivité, avec les conséquences diverses que l'on observe : accusations de déshumanisation, recours à d'autres régimes de vérité que la rationalité scientifique, etc.

UN OUBLI AU SENS FREUDIEN

Rappelons ces propos de Canguilhem que nous commentons :

« Il est impossible d'annuler dans l'objectivité du savoir médical la subjectivité de l'expérience vécue du malade. Ce n'est donc pas dans cette impuissance qu'il faut chercher la défaillance caractéristique de l'exercice de la médecine. Elle a lieu dans l'oubli, pris en son sens freudien, du pouvoir de dédoublement propre au médecin qui lui permettrait de se projeter lui-même en situation de malade, l'objectivité de son savoir étant non pas répudiée mais mise entre parenthèses. Car il revient au médecin de se représenter qu'il est un malade potentiel et qu'il n'est pas mieux assuré que ne le sont ses malades de réussir, le cas échéant, à substituer ses connaissances à son angoisse ».

Le terme d'oubli est repris dans le texte sur la pédagogie de la guérison. Le rapport du médecin au malade ne peut être conçu comme « celui d'un technicien compétent à un mécanisme dérangé »¹⁵⁶. Le médecin s'illusionne dans la confiance qu'il accorde au fondement strictement objectif de la thérapie, « dans le mépris ou dans l'oubli autojustificatif du rapport actif, positif ou négatif, qui ne peut pas ne pas s'établir entre médecin et malade »¹⁵⁷. Ici, Canguilhem ne précise pas oubli « au sens freudien », mais il est vraisemblable que la connotation soit la même dans ces deux textes contemporains l'un à l'autre, dans la mesure où il signale que c'est à la psychanalyse qu'on doit la réactualisation de ce rapport oublié¹⁵⁸.

Céline Lefève accentue passablement le trait quand elle affirme qu'une « des thèses majeures et fondatrices de la philosophie de la médecine de Canguilhem » est que

« L'identité professionnelle des médecins *se fonde* – pour des raisons relevant à la fois de la psychologie, de l'histoire et du sens de la médecine – *sur l'oubli* – aussi paradoxal

¹⁵⁵ CANGUILHEM Georges, « Puissance et limites de la rationalité en médecine », art.cit., p.409.

¹⁵⁶ CANGUILHEM Georges, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible? », art.cit., p.85.

¹⁵⁷ Ibid., p.86.

¹⁵⁸ Ibidem. Le texte est d'ailleurs paru initialement dans la *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 1978 ;17 :13-26.

que structurant – de l'appel primitif du malade, de la nécessité et de l'efficacité de la relation médicale, et donc du statut d'art de soigner de la médecine »¹⁵⁹.

Il nous semble qu'il y a un point délicat dans l'emploi du verbe « se fonde ». Car si on décrit là un état du monde, on ne peut ensuite dire, toujours en suivant Canguilhem, que la médecine vise la normativité du malade, sauf à en déduire que le médecin ne pratique pas la médecine.

Comment comprendre un oubli « en son sens freudien » ? La question de l'oubli chez Freud est cruciale mais complexe. Il y a d'emblée un soupçon porté sur l'oubli, qui « pour ainsi dire ôte le droit à l'oubli »¹⁶⁰ : l'oubli a une cause, l'oubli est effectué « en connaissance de cause fût-ce dans l'insu »¹⁶¹, ce qui le rapproche du refoulement. Chez Freud, l'oubli n'est d'ailleurs jamais complètement réussi.

Gageons que Canguilhem a en tête, quand il évoque « l'oubli pris en son sens freudien », non pas un trait de pathologie mentale, mais ce qui apparaît dans *Psychopathologie de la vie quotidienne*¹⁶², texte qui consacre un tiers des douze chapitres à différentes modalités d'oublis. Parmi elles, c'est probablement l'oubli de résolutions qui semble la plus proche de ce qui nous intéresse¹⁶³.

Dans le chapitre VII, Freud distingue les oublis de savoirs (oubli d'impressions et d'expériences vécues), et les omissions (oublis de résolutions), mais souligne le trait unitaire entre les deux : « dans tous les cas, l'oubli s'est avéré fondé sur un motif de déplaisir »¹⁶⁴. L'oubli de résolution prouve d'ailleurs l'insuffisance de la thèse d'un simple défaut d'attention pour rendre compte de l'opération manquée¹⁶⁵. Ce que Freud appelle résolution est une impulsion à l'action qui a déjà été approuvée et dont l'exécution a été différée pour un moment approprié : généralement, l'attention n'a pas besoin d'être vigilante pour que, le moment opportun étant arrivé, on passe à l'action comme prévu. L'oubli résulte alors soit :

– d'un motif inavoué : l'oubli masque un non-vouloir (inavouable parce que réprouvé), ou son motif reste inconnu¹⁶⁶.

– ou d'une contre-volonté, l'oubli manifestant une forme de rébellion face à une contrainte (par exemple, se plier à des conventions qu'au fond on désapprouve) ou révélant qu'il s'agissait d'une fausse résolution.

L'oubli du pouvoir de dédoublement a une fonction de protection. Il pourrait donc résulter soit :

¹⁵⁹ LEFEVE Céline, « De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical », art.cit. (nos italiques).

¹⁶⁰ ASSOUN Paul-Laurent, « Le sujet de l'oubli selon Freud », *Communications* 1989 ; 49 La mémoire et l'oubli :97-111.

¹⁶¹ Ibidem.

¹⁶² FREUD Sigmund, « Sur la psychopathologie de la vie quotidienne » (1901), *Œuvres complètes vol. V*, Paris, Presses Universitaires de France, 2012, p.73-376.

¹⁶³ Les autres sont l'oubli de noms propres (ch.I), celui des mots d'une langue étrangère (ch.II), celui de mots et de suites de mots (ch.III).

¹⁶⁴ Ibid., p.225.

¹⁶⁵ Ibid., p.241.

¹⁶⁶ Ce qui le rapproche alors du refoulement

– d'un motif inavoué parce qu'inconscient voire refoulé, ou inavoué parce que réprouvé. Dans le premier cas, le plus difficile (et pour cause) à mettre en évidence, c'est l'angoisse du médecin qui est éveillée. Dans le second cas, l'oubli permet de masquer l'absence de volonté de se projeter en situation de malade. Malgré les réserves que nous avons indiquées plus haut, on peut y ranger un « refusement » à la compassion ou d'empathie¹⁶⁷.

– d'une contre-volonté. Quelles sont les contraintes contre lesquelles il s'agit de se rebeller par l'oubli ? Il nous semble que trois contraintes se détachent par leur importance. Il y a la contrainte que représente tout devoir, et notamment pour le médecin, le devoir d'assistance. Le coût de cette contrainte morale peut sembler trop élevé, l'oubli venant alors « à point » pour ne pas l'entendre. D'autre part, la contrainte de s'avouer (enfin ! dit Canguilhem) que la rationalité médicale bute sur une limite. Enfin, la contrainte d'avoir à mettre entre parenthèses la sécurité – fût-elle illusoire – que représente l'objectivité du savoir. Cette contrainte d'affronter l'incertitude est d'autant plus pressante qu'on fait accueil à la subjectivité du malade, laquelle nous éloigne *de facto* des terres rassurantes du savoir général. Quand la subjectivité du malade est au premier plan, la puissance du médecin est entravée, c'est ce que nous allons voir à présent en examinant comment Freud, à sa manière, aura traité certaines des difficultés que soulève Canguilhem. Si comme nous le pensons, ce qu'affirme Canguilhem n'est pas propre à la seule situation contemporaine, laquelle ne fait qu'exacerber une problématique séculaire, alors nous n'avons pas à redouter ici l'anachronisme qui consiste à éclairer Canguilhem par Freud.

C. DETOUR FREUDIEN

« La question de l'analyse profane » (*Die Frage der Laienanalyse*) est un texte de Freud construit sur le mode *d'entretiens avec un observateur impartial* (fictif) auquel il entend exposer ce qu'est la psychanalyse, et en quoi cette science nouvelle se distingue à ce point de la médecine qu'elle peut également être pratiquée par un profane, à savoir un non-médecin¹⁶⁸. Nous le lisons dans la direction opposée, pour en apprendre davantage sur la médecine, car Freud traite – telle est notre hypothèse – des difficultés que soulève Canguilhem : transgressions par rapport à la science imposées par le devoir d'assistance et l'accueil fait à la subjectivité, mais souci permanent de s'inscrire dans un certain ordre de rationalité pour mieux répondre à la demande. Nous verrons également que Freud rouvre les parenthèses dans lesquelles la médecine avait enfermé le patient, en (re)donnant toute sa valeur au symptôme qu'apporte le malade, et non un rôle accessoire par rapport aux signes provoqués par le médecin, en ayant une attention élective au cas par rapport au nombreux, et à l'individu plutôt qu'aux injonctions sociales.

¹⁶⁷ même s'il s'agit plus probablement de quelque disposition inconsciente plus large (par exemple choisir la profession médicale peut permettre de sublimer une position phobique vis-à-vis de la maladie).

¹⁶⁸ FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », op.cit.

Le texte fut publié en 1926 à l'occasion d'une procédure judiciaire dont Theodor Reik faisait alors l'objet, car il pratiquait la psychanalyse sans être médecin¹⁶⁹. Considérée comme une pratique thérapeutique, la psychanalyse ne pouvait, au regard de la loi autrichienne, être exercée que par des médecins. Il y a donc un enjeu politique externe, mais au même moment une controverse agite l'IPA sur la même question¹⁷⁰. Le texte comprend donc une introduction générale à la théorie analytique à destination de l'opinion publique, et une défense argumentée de la pratique de l'analyse par des non-médecins qui s'adresse à la communauté analytique internationale¹⁷¹.

La question des rapports entre Freud et la médecine semble assez complexe. Il dit y être venu pour des raisons matérielles¹⁷² et ne la jugeait acceptable que « comme technique ayant des effets thérapeutiques, et non comme art thérapeutique »¹⁷³. Toutefois, dans les *Leçons d'introduction à la psychanalyse* (1916, dix ans avant la publication de *La question de l'analyse profane*), il annonce d'emblée que la psychanalyse est un « procédé de traitement médical de personnes atteintes de maladies nerveuses ». Et pourtant « les choses ne se passent pas ici comme dans les autres branches de la médecine, (...) elles s'y passent même d'une façon tout à fait contraire »¹⁷⁴. Quelle est donc cette branche de la médecine où les choses s'y passent de manière si contrastée ? Notre parti pris prend résolument l'affaire autrement : il ne s'agit pas pour nous de rejeter en-dehors de la médecine le point de conversion indiqué par Canguilhem. Par contre, que pour Freud les choses s'y passent « d'une façon tout à fait contraire » signale l'ampleur de la difficulté dont « l'oubli » nous préserve.

Soulignons aussi que Freud n'emploie pas le terme de subjectivité : l'obstacle posé à la médecine est celui du « malade nerveux ». La distinction est à faire dans la mesure où le terme de « sujet » et celui de « subjectivité » qui s'y attache, ont des connotations multiples. Les confondre en pensant que tous les auteurs parlent de la même chose est probablement la source de malentendus assez conséquents, surtout quand il s'agit de médecine. Mais laissons ce point dans son opacité pour le moment. L'obstacle pour la médecine que désignait Freud est toujours d'actualité (Cf. la conclusion de la première partie), et entre de plein droit dans ce que Canguilhem prendra en considération.

Entrons dans le texte. Si on admet que les « nerveux » sont des malades, que la psychanalyse est un traitement et que les traitements sont l'apanage des seuls médecins, alors la

¹⁶⁹ Theodor Reik est autrichien, il est né en 1888. Il rencontre Freud à 25 ans, et exerce à Vienne puis à Berlin à partir de 1928. Il part ensuite aux Pays-Bas puis aux Etats-Unis en 1938. En 1947, il écrit *Ecouter avec la troisième oreille* (Paris, Epi, 1976).

¹⁷⁰ En 1926, Freud a 70 ans, il est malade et souffre beaucoup de sa mâchoire. Mais cela fait plusieurs mois que des tensions agitent l'association internationale de psychanalyse (International Psychoanalytical Association), en partie à cause des New Yorkais où un dénommé Brill vitupère contre les analystes profanes (non-médecins). Les questions de formation des analystes sont également en discussion en Europe. En 1928 il fait part de ses préoccupations à Ferenczi en ces termes : « Le développement interne de la ΨA va partout, à l'encontre de mes intentions, s'écartant de l'analyse profane vers une spécialité purement médicale, ce que je considère comme néfaste pour l'avenir de l'analyse ». FREUD Sigmund, FERENCZI Sandor, « *Correspondance Tome III, 1920-1933, Les années douloureuses* », Paris, Calmann-Lévy, 2000, p.378.

¹⁷¹ Dans l'édition des Œuvres complètes, il est suivi d'un post-scriptum rédigé en 1935 où Freud dit que l'essai n'a pas eu un écho très favorable (FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », op.cit., p.91).

¹⁷² Ent il s'explique dans la post-face (FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », op.cit., p. 81, 82).

¹⁷³ ASSOUN Paul-Laurent, *Introduction à l'épistémologie freudienne*, Paris, Payot, 1981, p.108-9.

¹⁷⁴ FREUD Sigmund, *Introduction à la psychanalyse*, op.cit., p.5.

question de l'analyse profane est tout simplement impensable, légalement. Par contre, elle mérite d'être examinée s'il s'avère que

« Les malades [nerveux] ne sont pas comme d'autres malades, et que les médecins ne sont pas exactement ce qu'on pourrait attendre de médecins et ce sur quoi ils pourraient fonder leurs prétentions »¹⁷⁵.

Remarquons que la psychanalyse est présentée comme une relève possible de la médecine, à l'endroit précis où celle-ci défaille dans son exercice et alors qu'on serait en droit d'en attendre davantage. Mais quels sont ces malades nerveux ? Freud énumère une série d'exemples. C'est un malade qui « souffre d'oscillations d'humeur dont il n'est pas maître, ou d'un découragement pusillanime par lequel il sent son énergie paralysée, ne se croyant capable de rien de bon, ou encore d'une gêne anxieuse quand il est entouré d'étrangers »¹⁷⁶. Mais ce peut être aussi quelqu'un en difficulté pour accomplir son travail professionnel ou angoissé à l'idée de traverser seul la rue ou de prendre le chemin de fer. Ou encore quelqu'un en proie à des pensées involontaires mais insistantes, ou qui s'impose des tâches en apparence ridicules. [Ou pourrait ajouter à la liste freudienne ces malades qui s'estiment frustrés, « par le mode actuel de la médecine, de la santé qu'ils méritent ¹⁷⁷ »]. D'autres présentent par contre des symptômes corporels : contractures musculaires, maux de tête, vomissements après chaque repas, malaises avec perte de connaissance, impuissance masculine ou frigidité¹⁷⁸. Leur point commun est celui de la demande adressée à la médecine à partir d'un constat : « Toutes ces personnes se reconnaissent comme malades et recherchent des médecins »¹⁷⁹ qui les soulagent. Or, que font les médecins ? Ils établissent des catégories diagnostiques pour les ranger au bon endroit (psychasthénie, neurasthénie, phobies, etc.¹⁸⁰) ; ils examinent les organes qui donnent des symptômes et les trouvent sains ; ils donnent des conseils thérapeutiques divers qui soulagent passagèrement ou pas du tout. Pour finir, ces gens entendent parler de « personnes qui s'occupent spécialement du traitement de ces souffrances et ils entrent en analyse chez elles ».

Ce qu'il faut souligner est le point de départ, cette adresse au médecin pour des affections vis-à-vis desquelles le savoir qu'il possède est d'un piètre recours. Mais l'issue du parcours proposée par Freud est une perspective qui n'a probablement jamais eu cours : le médecin, une fois reconnue l'absence d'anomalie organique, dit à son malade « nerveux » que les symptômes qu'il présente relèvent du « psy », et le parcours du malade se poursuit chez un « psychiste »¹⁸¹, lequel ne sera plus aujourd'hui, le plus souvent, un psychanalyste. Seule une méconnaissance complète de la pratique peut accorder crédit à cette option. Que le psychanalyste soit « un profane » n'est pas gênant, car les avantages d'être médecin quand on exerce la psychanalyse sont relativement insignifiants : pouvoir faire le diagnostic différentiel avec les affections organiques ; prendre plus facilement en considération des symptômes corporels qui apparaissent en cours d'analyse : affection intercurrente indépendante ou non, c'est à l'analyste

¹⁷⁵ FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », op.cit., p.6.

¹⁷⁶ Ibid., p.7.

¹⁷⁷ CANGUILHEM Georges, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible? », art.cit., p.97.

¹⁷⁸ FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », op.cit., p.7-8.

¹⁷⁹ Ibid., p.8.

¹⁸⁰ Freud indique que les catégories dépendent des points de vue des médecins : la nosographie n'est pas stable.

¹⁸¹ Lequel ne sera plus aujourd'hui, le plus souvent, un psychanalyste.

médecin d'en décider, même s'il ne s'occupera pas lui-même du traitement organique le cas échéant¹⁸². Et ce pour trois raisons qui s'additionnent : parce qu'on ne peut tenir d'une même main à la fois un traitement organique et un traitement psychique ; parce que le transfert fait qu'il n'est pas recommandé à un analyste d'examiner corporellement le malade ; parce qu'enfin l'analyste a une visée unilatérale, son intérêt est polarisé par les facteurs psychiques¹⁸³. La volonté d'autonomiser la psychanalyse par rapport à la médecine laisse cette dernière bien en panne : si on ne peut tenir d'une même main traitement organique et traitement psychique, alors, sauf à s'en tirer par une pirouette (faire usage de ses deux mains !), l'obstacle indiqué par Canguilhem est insurmontable si on s'en tient aux indications freudiennes.

Notre pratique nous montre les écueils concrets de telles recommandations, quand des patients s'adressent au médecin pour des symptômes physiques. En effet, elles supposent deux préalables qui ne sont pas toujours réunis. En premier lieu, que le diagnostic différentiel soit possible entre troubles organiques et névrotiques. Freud semble avaliser dans ce texte un départage clair entre malades physiques et malades nerveux. Sans ouvrir ici la question autrement complexe de la psychosomatique, indiquons simplement que les « cas mixtes » sont la règle générale plutôt que l'exception, et que, si l'absence de lésions renvoie volontiers aux problématiques subjectives, la présence de lésions n'annule pas pour autant la subjectivité du malade. Corrélativement, le « psychiste » d'aujourd'hui, médecin ou non, exerçant la psychanalyse ou une autre technique, se trouve régulièrement dans l'embarras le plus grand dès lors que des plaintes corporelles sont à l'ordre du jour¹⁸⁴.

En second lieu, que l'établissement du diagnostic de troubles névrotiques puisse être suivi de leur traitement spécifique par l'analyse. Dans le suivi clinique, un véritable transfert est en place. Que devient-il, si le médecin après un certain temps a pu soit écarter une affection organique, soit assister à l'évolution favorable de ce qui dans les symptômes relevait de l'organique ? Pour le « reste », doit-il signifier à son patient que cela ne le concerne plus ? L'opération est délicate à mener pour ne pas conduire à deux modalités d'impasse : l'échec relationnel (car le patient n'est souvent pas prêt d'emblée à adresser une demande de traitement psychique pour des symptômes corporels), et la maladie iatrogène (car on ne satisfait plus aujourd'hui d'une probabilité faible de maladie organique ; le patient, le médecin, la société, exigent des certitudes). Reconnaître l'absence d'anomalie organique ne repose plus, pour la majorité des médecins, sur un simple constat clinique, mais passe de plus en plus par une multitude d'exams complémentaires, lesquels ne manquent pas de détecter des valeurs biologiques hors normes ou des images anormales. Même si ces résultats anormaux n'ont aucune pertinence par rapport aux symptômes, ils font l'objet d'une surenchère pour tenter de les interpréter. Quand, au bout d'une longue quête, le médecin revient à son intuition initiale en affirmant « qu'il n'y a rien », ou que « c'est psychique », le malade ne peut plus le croire.

¹⁸² FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », op.cit., p. 67.

¹⁸³ Ibid, p.71.

¹⁸⁴ Amené à rencontrer des patients suivis à la fois par des médecins somaticiens et un psychiste, je suis souvent sollicité pour trouver une cause corporelle à des symptômes fonctionnels, le psychiste ayant déclaré qu'ils ne relevaient ni de l'angoisse ni de la dépression...

Une certaine radicalité est pourtant à saisir au cœur du texte de Freud. En effet, « qu'entreprend donc l'analyste avec le patient que le médecin n'a pu aider ? »¹⁸⁵ Rien d'autre que ceci : *ils se parlent* ! Pas d'instrument, pas de médicaments¹⁸⁶. L'interlocuteur impartial est d'ailleurs perplexe, il hésite entre l'incrédulité (rien que des mots ?), la crainte (les mots ont un pouvoir d'influence), et le dédain (un simple recours à l'enchantement).

Toutes considérations techniques et réserves mises à part, il me semble que la clé de la prise en compte de la subjectivité se trouve là désignée ; que le point de conversion de la rationalité médicale est là situé ; qu'une authentique épistémologie médicale se doit de prendre au sérieux ce qui se produit dans l'exercice même de la médecine : c'est un exercice qui passe par la parole. Voilà pourquoi il est bancal. Evidemment, le médecin qui n'a pas pu aider le malade nerveux n'a pas manqué lui non plus de parler. Reste à voir alors en quoi ce qu'il a dit n'a pas opéré. Les fonctions de la parole et du langage nécessitent pour le médecin d'être étudiées. La psychologie est un terrain particulier, parce que chacun y « braconne à sa guise », chacun peut se tenir pour psychologue car chacun a sa vie d'âme¹⁸⁷. Dans le modèle biomédical, modèle théorique implicite dominant, les paroles des patients à propos de leur maladie (*illness*) sont réduites à un ensemble de signes qui indiquent l'expression d'un processus pathologique (*disease*), qui sont interprétés et font l'objet d'investigations menées selon une conception positiviste et mécaniste. De la narration par le patient, de l'histoire du cas clinique, il y a comme l'extraction d'un minerai¹⁸⁸ et une transformation dans un vocabulaire médico-technique qui n'est plus compréhensible par le patient. Celui-ci perd le contrôle de l'histoire alors que le cas clinique se développe. Le patient comme sujet de l'histoire devient présence anonyme d'un fantôme¹⁸⁹.

Dans la psychanalyse, il ne s'agit pas d'une conversation à bâtons rompus, mais de suivre une méthode, rappelée par Freud¹⁹⁰ : ne rien retenir de ce qui vient à l'esprit, passer outre les réticences qui voudraient exclure de la communication bien des pensées et des souvenirs. Le patient pressent qu'il y a des choses qu'il préférerait se dissimuler à lui-même, « comme si son soi n'était plus cette unité pour laquelle il le tient toujours »¹⁹¹. Mais s'il accepte l'exigence de tout dire, « il se laissera gagner par l'espoir qu'un commerce et un échange d'idées, avec des présuppositions si inhabituelles, puissent aussi conduire à des effets spécifiques »¹⁹². Le processus, contrairement à l'enchantement rapide, voire soudain, se déploie dans une temporalité longue.

Par rapport aux questions soulevées par Canguilhem quant à la pratique médicale, remarquons ici que prendre en compte la subjectivité nécessite une méthode, et du temps. Or la consultation médicale est devenue rapide¹⁹³. L'étude de Myriam Deveugele montre que la présence d'un « problème psychosocial » dans la consultation influence la durée de la

¹⁸⁵ Ibid., p.9.

¹⁸⁶ Cf. ce que nous avons avancé à propos de l'individualisation des soins.

¹⁸⁷ FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », op.cit., p.14.

¹⁸⁸ Ce qui annonce la production de déchets, de scories.

¹⁸⁹ HURWITZ Brian, « Narrative and the practice of medicine », *Lancet* 2000 ;356 :2086-9.

¹⁹⁰ FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », op.cit., p.10.

¹⁹¹ Ibid., p.11.

¹⁹² Ibidem.

¹⁹³ Analogiquement, passer de la gastronomie au *fast food* n'a pas que des avantages...

consultation, mais uniquement quand c'est le médecin qui le perçoit, pas quand c'est le motif explicite de consultation pour le patient...¹⁹⁴ Notons également que la pratique de la médecine est souvent axée sur ce qui est immédiatement accessible à la communication, pas sur ce qui est difficile à dire, encore moins sur ce qui est difficile à s'avouer à soi-même, et encore moins sur ce qu'on ne sait pas encore. Enfin, la difficulté pour le patient tient notamment au fait que l'unité imaginée de soi est prise en défaut. Il y a là plus qu'une simple question de méthode : comment le médecin imagine-t-il la subjectivité dont il devrait tenir compte ? S'adresse-t-il au « moi raisonnable » et unitaire ? Ou table-t-il sur l'hypothèse freudienne de l'inconscient ?

L'interlocuteur impartial objecte en faisant un parallèle avec la confession, ses effets potentiellement libérateurs, cathartiques, mais aussi ses effets de domination. Le facteur suggestif, c'est-à-dire l'influence personnelle a une grande place en médecine et mérite qu'on s'y attarde, notamment sur ce point précis de savoir s'il est, comme dans l'analyse, à la fois un moteur du traitement et une résistance qui s'oppose à ses buts, ou si, au contraire, ses bénéfices l'emportent largement sur ses inconvénients. Il en a déjà été question à propos de la rhétorique (chapitre III) et du dialogue entre médecin libre et homme libre (chapitre VI) et nous reviendrons sur la question du transfert (chapitres XI et XII). Je passe ici sur la réponse de Freud qui entreprend de distinguer l'analyse de la suggestion hypnotique et qui met en avant que l'analyse ne peut être saisie dans sa spécificité qu'à l'aide d'hypothèses nouvelles¹⁹⁵, ce qui fait écho au renouvellement de la rationalité qui est nécessaire.

Ces hypothèses nouvelles (la théorie de la psychanalyse) sont ensuite exposées, tout d'abord du point de vue de la topique¹⁹⁶. Pour ce qui nous importe ici, quelques remarques suffiront : Freud situe son modèle dans une perspective scientifique, c'est à dire comme provisoire et évolutif, devant se modifier aussi souvent que nécessaire au contact permanent de l'observation. La métapsychologie (l'*epistēmē* freudienne) a le sens d'une représentation adjuvante, d'une fiction ouverte à la révision permanente. Freud situe aussi l'analyse dans un certain rapport à la langue : « nous aimons rester en contact avec le mode de pensée populaire ». Ainsi, « c'était plus fort que moi » en dit long sur le Ça, impersonnel et à l'arrière-plan du Moi, lequel forme la couche externe, la façade de l'appareil animique. Enfin, devenir analyste suppose de se soumettre soi-même à l'analyse. On voit donc que c'est complètement différent que la formation médicale. Il s'agit en effet d'expérimenter soi-même ce dont il est question. Révolution quant à l'apprentissage d'une nouvelle science, mais qui n'est pas sans rappeler la remarque de Canguilhem sur le pouvoir de dédoublement. N'est-ce pas une manière probante d'expérimenter en profondeur la projection en situation de malade, qui déborde d'ailleurs de la seule imagination ?

Freud expose ensuite la théorie analytique d'un point de vue dynamique, c'est-à-dire selon les rapports de forces qui jouent entre les différentes instances de la topique. Là encore, nous ne

¹⁹⁴ DEVEUGELE Myriam, DERESE Anselm, VAN DEN BRINK-MUINEN Atie, BENSING Jozien, DE MAESENEER Jan, « Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries », *British Medical Journal* 2002; 325:472.

¹⁹⁵ FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », *op.cit.*, p.12.

¹⁹⁶ Dans sa métapsychologie, Freud distingue les approches topique, dynamique et économique de l'appareil psychique. La topique est une description quasi-spatiale (mais non anatomique, d'ailleurs Freud précise qu'il ne s'occupe pas du matériel de construction de l'appareil) de l'appareil. On y distingue des instances, le Ça, le Moi et le Surmoi.

attarderons pas sur ce condensé de théorie analytique (les pulsions, le refoulement, le principe de plaisir, le symptôme), mais dégagerons quelques remarques utiles à notre propos. Les forces qui poussent l'appareil psychique à une activité émanent du corps. Nous sommes donc fondamentalement dans une perspective somato-psychique plutôt que psychosomatique. Le symptôme n'est pas référé à une lésion mais à des rejets de motions pulsionnelles refoulées¹⁹⁷. Il importe de souligner que le Moi chargé de faire la synthèse entre l'adaptation au monde extérieur et les motions pulsionnelles se trouve en fait constitutivement impuissant à la tâche qui lui est assignée. Ce point de vue contraste avec une croyance répandue en médecine, que la santé totale et l'adaptation au monde seraient des modalités d'une finalité en quelque sorte naturelle. Freud nous décrit comme foncièrement inadaptés au bonheur (pas de finalité eudémonique naturelle).

Freud inaugure en fait une méthode d'investigation et de traitement adaptée aux processus supposés : si les pensées incidentes sont en rapport avec le refoulé, alors il faut une méthode qui leur permette d'être mises au jour¹⁹⁸. Cela passe par la parole sans autocensure, ce qui n'est pas une mince affaire¹⁹⁹, mais toute la règle analytique est là. On est à mille lieux d'un échange de propos sensés, d'une réflexion construite, d'une pensée claire énoncée pour communiquer des conceptions élaborées. Plutôt que d'insister sur les différences entre pratique médicale et psychanalyse, je souligne ceci : c'est pour prendre en compte le réel de la clinique (i.e. la présence interrogative du malade en souffrance) que Freud a élaboré une méthode *ad hoc*. Et ce qu'il met au jour pour « les malades nerveux » a des incidences sur la médecine dans son ensemble.

Le chapitre IV aborde la question de la sexualité, ces choses « les plus vilaines »²⁰⁰ de l'intimité dont s'occuperait la psychanalyse. L'observateur impartial en tire argument pour réserver l'analyse aux médecins, qui offrent les garanties du secret professionnel et de la moralité. Ici encore, nous nous focalisons sur quelques remarques incidentes de portée générale pour la médecine : la sincérité exigée du patient oblige à une neutralité du médecin. On doit pouvoir accueillir tout propos quel qu'il soit. Surtout, l'analyse doit « s'ajuster à son matériau, au matériel que le malade apporte »²⁰¹. Ce parti pris de méthode est d'une grande importance en médecine. Il ne s'agit pas (avant tout) de ne pas porter de jugement de valeur sur la vie intime des malades, mais de recueillir ce qui vient dans la parole comme autant d'éléments constitutifs du tableau clinique. Autrement dit, une manière de prendre en considération la subjectivité du malade (sans recourir à la théorie ni à la pratique de la psychanalyse) est de faire place et droit à la parole du malade. Et ceci signifie bien plus que de solliciter explicitement le patient sur ses valeurs et ses préférences en matière de traitement. Cela suppose d'intégrer la subjectivité, qui se faufile à travers les mailles de la communication maîtrisée et volontaire, dans ce qui fait cas. S'ajuster au matériau : à défaut de s'y employer, le médecin opérera comme Procuste.

¹⁹⁷ FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », op.cit., p.26. Nous renvoyons à ce que nous disions de la multivalence des traces corporelles (chapitre I).

¹⁹⁸ Ibid., p.28.

¹⁹⁹ Une des premières découvertes de l'analysant est qu'il ne cesse de buter sur cette auto-censure.

²⁰⁰ Ibid., p.29.

²⁰¹ Ibid., p.30.

Quand il est question, plus loin dans le texte, du transfert et de la résistance, Freud souligne que l'analyste est impliqué lui aussi par ses propres processus psychiques. Raison majeure de l'obligation d'être passé lui-même par l'analyse, pour se rendre apte à une réception sans préjugé du matériel analytique qu'il s'agit d'interpréter²⁰². Freud concède que si du savoir est en jeu, il est aussi question de flair et d'expérience²⁰³. Mais l'essentiel est dans la reconnaissance que l'analyste n'est pas en situation d'extériorité par rapport à son patient (sans quoi il pourrait l'observer froidement), mais au contraire qu'il est lui aussi « animé ». Nous reviendrons sur le transfert, mais remarquons ici qu'il s'agit bien de l'engagement subjectif du médecin qui est ici en cause. Remarquons aussi que l'analyste n'est pas décrit comme freiné par l'objectivité de son savoir. La leçon de Freud est de ne pas se soustraire aux difficultés en négligeant le transfert. Ici encore, on peut comprendre que négliger la subjectivité peut-être une manière de se soustraire aux pièges du transfert. Je rapproche aussi cela de la question posée par Canguilhem : « diagnostiquer, décider, soigner peuvent-ils cesser d'être des *actes* pour devenir des *rôles* dans l'exécution d'un programme informatisé ? »²⁰⁴ En effet, une des conditions de ce passage est l'évacuation de la subjectivité...du médecin. Ne fait-elle pas le pendant de celle du malade ?

Le chapitre VI revêt une importance particulière pour notre propos, car Freud soumet à l'examen la question de savoir si la psychanalyse est une forme particulière de spécialité médicale, appropriée au traitement des névroses²⁰⁵. Dans un premier temps de l'argumentation, Freud en concède la possibilité (si tant est que le médecin se soumette à une formation spécifique²⁰⁶), pour ensuite avancer tous les arguments contraires. En effet, le médecin peut fort bien s'avérer être un charlatan en psychanalyse (il ne suffit pas d'être diplômé en médecine). Sa formation médicale est à peu près le contraire de ce dont il aurait besoin pour se préparer à la psychanalyse. Le succès de l'action médicale repose sur une attention aux faits anatomiques, physiques, chimiques objectivement constatables, faits qu'il convient de saisir avec exactitude pour pouvoir exercer sur eux l'influence appropriée. En dehors de la psychiatrie, l'intérêt du médecin n'a pas été éveillé aux choses de la vie psychique, dont les opérations ne la concernent pas. Quant aux psychiatres, ils recherchent les conditions corporelles des maladies psychiques (leur ancrage organique dirait-on aujourd'hui). La question pourrait paraître réglée, définitivement : l'objet et la méthode de la médecine sont radicalement distincts de ceux de la psychanalyse. Freud ne fait d'ailleurs pas grief « aux sciences médicales »²⁰⁷ d'être unilatérales comme toute science *aux contenus, points de vue et méthodes déterminés*, unilatérales comme l'est de son côté la psychanalyse, science de l'inconscient. Nous le verrons plus tard avec Claude Bernard, « chaque science a en quelque sorte un genre d'investigation qui lui est propre

²⁰² On ne peut ignorer que Lacan a insisté pour que l'interprétation analytique ne soit pas une herméneutique d'expert, mais de l'ordre d'un « je ne vous le fais pas dire ». Il s'agit davantage de restituer à l'analysant ce qu'il a dit, littéralement. La psychanalyse lacanienne « se situe aux antipodes de l'aveu ». ALLOUCH Jean, *La psychanalyse : une érotologie de passage*, Paris, Epel, « Cahiers de l'Unebévue », 1998, p.170.

²⁰³ FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », op.cit., p.44-45.

²⁰⁴ CANGUILHEM Georges, « Le statut épistémologique de la médecine », art.cit., p. 426.

²⁰⁵ FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », op.cit., p.55.

²⁰⁶ L'essentiel, dans l'intérêt du malade, étant que l'analyste (médecin ou non) soit correctement formé à la pratique de l'analyse, c'est à dire ait fait une analyse personnelle (Ibid., p.71)

²⁰⁷ Ibid., p.57.

et un attirail d'instruments et de procédés spéciaux »²⁰⁸. La médecine scientifique et la psychanalyse seraient tout simplement étrangères l'une à l'autre, mais ne sont pas à opposer, car il n'y a pas lieu d'opposer une science à une autre. Autrement dit, si l'on considère comme caractéristique de la médecine une attention exclusive à des faits objectifs saisis avec exactitude, c'est la marque de toute science forcément limitée (la psychanalyse comme science connaît aussi des limitations analogues), et la seule conclusion qui convienne est que les malades relevant de la psychanalyse ne relèvent pas de la médecine, et réciproquement.

Et pourtant, Freud cherche le point de vue à partir duquel cette caractéristique d'unilatéralité de la médecine devient un reproche. Ce point de vue ne peut être trouvé, dit-il, que si, partant de la médecine scientifique (*die wissenschaftliche Medizin*), on dévie vers l'art pratique de guérir (*die praktische Heilkunde*)²⁰⁹. On retrouve le devoir d'assistance à la vie précaire de Canguilhem. Freud n'en reste pas là. Il observe que « l'homme malade est un être compliqué », que les « phénomènes animiques (*seelischen Phänomene*), si difficilement saisissables, ne doivent pas non plus être effacés du tableau de la vie »²¹⁰. Le névrosé, complication non souhaitée, « embarras pour l'art de guérir », existe et « il concerne la médecine de très près » (*er geht die Medizin besonders nahe an*)²¹¹. Mais « quand il s'agit aussi bien de le prendre en considération que de le traiter, la formation à l'école de la médecine n'apporte rien, mais alors rien du tout »²¹², du moins tant que la causalité organique des névroses ne sera pas élucidée par la biologie²¹³.

Le médecin dans sa pratique, qui est selon nous *de facto* et *de jure* « déviation » de la « médecine scientifique » vers la médecine pratique (traduction banale de *praktische Heilkunde*), se trouve donc avec le névrosé sur les bras, qui l'embarrasse, qui complique tout, et à la rencontre duquel il n'a pas été formé. Et, en attendant le jour hypothétique où ces états névrotiques seront accessibles par un versant scientifique²¹⁴, il faut les aborder par la voie de la psychanalyse. Paul-Laurent Assoun, commentant le texte de Freud, écrit ceci :

« Depuis la révélation de l'existence du névrosé, donc, « il y a de la gêne » dans la médecine (et la psychiatrie), voilà le constat freudien – qui vaut « diagnostic »... sur le savoir médical »²¹⁵. Et plus loin : « L'analyse existe parce que jusqu'à présent la médecine n'a strictement rien fait pour le névrosé (...). Freud dresse donc le *névrosé en symptôme... de la médecine* »²¹⁶.

C'est donc le malade nerveux qui révèle en plein jour la défaillance caractéristique de la médecine qu'évoque Canguilhem²¹⁷. Nous renvoyons à la conclusion de la première partie.

²⁰⁸ BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, op.cit., p.42.

²⁰⁹ FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », op.cit., p.57.

²¹⁰ Ibidem.

²¹¹ Ibidem.

²¹² Ibid., p.58.

²¹³ Ce que Freud prévoit en raison même des corrélations intimes observées entre choses corporelles et animiques (manifestation du scientisme de Freud, qui appelle un autre débat : y sommes-nous parvenus ? pour le moment, on peut répondre que non). Toutefois, dans la postface, il avance qu'il faut résister à la tentation des bases organiques, quand il faut saisir des faits psychiques au moyen des représentations psychologiques, et de résister à la tentation de faire les yeux doux à l'endocrinologie et au système nerveux autonome (Ibid., p.86).

²¹⁴ Ibid., p.58.

²¹⁵ ASSOUN Paul-Laurent, *Psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, 1997, p.55.

²¹⁶ FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », op.cit., p.58.

²¹⁷ Il n'est pas le seul, mais un exemple particulièrement démonstratif.

Il faut rappeler que Freud, dès 1890, reprochait à la médecine de ne s'intéresser qu'à la partie corporelle de l'homme et d'abandonner aux philosophes l'étude de l'âme²¹⁸. Freud veut faire des phénomènes de l'âme un objet d'étude scientifique dans le champ des sciences de la nature²¹⁹, c'est-à-dire étendre en quelque sorte la rationalité médicale à la vie psychique.

Or que produit la faculté de médecine ? Elle donne selon Freud au médecin une position fautive et nuisible²²⁰. Celui-ci ne comprend rien aux facteurs psychiques qu'il sous-estime car non scientifiques et ne se donne alors pas la peine d'une préparation de longue durée dans ce domaine²²¹. Pour autant, il ne s'abstient pas d'intervenir, *puisque les névrosés sont des malades et s'adressent à lui*²²². « Moins ils (les médecins) comprennent de ce sujet, plus ils deviennent entreprenants »²²³. Le médecin a donc tendance à devenir un charlatan en analyse, si on appelle analyse le seul abord approprié de la névrose. Qu'il n'utilise pas de médicaments ni d'instruments est certes versé à son actif : en s'occupant beaucoup des malades, en parlant avec eux sans éveiller des choses pénibles, il ne commet pas de dégâts irréversibles comme le ferait un chirurgien non formé, mais il a contribué à déprécier la thérapie analytique et il n'a rien apporté de bon au malade²²⁴. Freud prend argument de ces constats pour prôner une formation appropriée à celui qui veut exercer l'analyse, qu'il soit médecin ou non²²⁵. On doit cependant remarquer que, même s'il ne veut pas exercer l'analyse, même s'il ne veut pas entreprendre le traitement des états névrotiques, le médecin est confronté à ces complications de l'art pratique de guérir, d'autant qu'on peut les étendre à la nervosité commune, autant dire à tout être parlant.

On constate donc un certain classicisme épistémologique chez Freud. Sa thèse peut être résumée ainsi : les nerveux relèvent de la médecine car ils sont malades, mais la médecine n'a pas les moyens d'aborder les troubles de l'âme avec la méthode scientifique classiquement en vigueur (anatomie, biologie, physiologie). La médecine ne manque pas de rencontrer le névrosé mais comme méthode scientifique s'avère démunie ; comme art pratique de guérir, la médecine ne fait peut-être rien de mal, mais rien de bien non plus. La psychanalyse est la science appropriée au traitement des troubles nerveux.

La scientificité assure la cohérence du corps dont la médecine détient le savoir. Fonctionne un mythe, celui d'un savoir total, non pas déjà-là mais à venir, comme finalité de la médecine. Si on ne sait pas tout, un jour on saura, Freud lui-même en laisse la perspective ouverte, dans ce texte comme dans d'autres. Sa distinction entre médecine scientifique et art pratique de guérir

²¹⁸ FREUD Sigmund, « Traitement psychique (traitement de l'âme) » (1890), in : *Résultats, Idées, Problèmes, Tome I (1890-1920)*, trad. M Borch-Jacobsen, P Koepfel, F Scherrer, Paris, Presses Universitaires de France, 1998, p. 2.

²¹⁹ sur cette question, voir : ASSOUN Paul-Laurent, *Introduction à l'épistémologie freudienne*, op.cit., et CARASSO Françoise, *Freud médecin*, Paris, Actes Sud, 1992.

²²⁰ FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », op.cit., p.58.

²²¹ Remarquons la parenté de vue avec cette affirmation de Canguilhem : « La formation des médecins dans les facultés prépare très mal à admettre que la guérison ne se détermine pas par des interventions d'ordre exclusivement physique ou physiologique ». CANGUILHEM Georges, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible? », art.cit., p.85.

²²² Cf. ce que nous disions au chapitre VII sur les adeptes de Knock.

²²³ FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », op.cit., p.58.

²²⁴ Ibid., p.59-60.

²²⁵ Mutatis mutandis, il y a là une incidence de ce que Spinoza nomme « vivre sous la conduite de la raison » qui évite le second choix de la compassion, laquelle ne produit rien qu'on puisse savoir bon pour le malade. Voir chapitre XII (C4).

n'est pas sans rappeler Claude Bernard²²⁶ qui veut faire passer la médecine de sa période empirique à son accomplissement expérimental, car pour lui la médecine n'est pas un art, « le médecin ne peut être qu'un savant, ou en attendant, un empirique »²²⁷.

« La médecine se dirige vers sa voie scientifique définitive »²²⁸.

« Je crois qu'on expliquera tout en pathologie, mais peu à peu, à mesure que la physiologie expérimentale se développera »²²⁹.

« Je ne nie pas que la pratique médicale n'ait de grandes exigences ; mais ici je parle de science pure et je combats le tact médical comme une donnée antiscientifique qui, par ses excès faciles, nuit considérablement à la science »²³⁰.

Bien sûr, la médecine ne traversera que lentement l'empirisme, car les exigences de la pratique médicale « contribuent à la retenir dans le domaine des systèmes personnels et s'opposent ainsi à l'avènement de la médecine expérimentale »²³¹. Pour Claude Bernard, c'est parce que l'homme malade veut être guéri que la médecine pratique n'est pas parallèle à la science qu'on possède.

C'est très exactement le point, qui nous ramène une fois de plus à la demande du malade, à sa subjectivité. Mais il faut rappeler aussi contre Bernard qu'il n'y aurait pas de médecine sans ce devoir d'assistance, sans demande, sans ce projet originaire, etc.

Admettons cependant la position bernardienne, adoptons sa logique. Quand la médecine scientifique bute sur l'écueil de la névrose (Freud) ou que la rationalité médicale se heurte à l'obstacle de la subjectivité (Canguilhem), se présente schématiquement un carrefour à trois voies possibles :

– Poursuivant la visée bernardienne *dans la lettre*, la médecine expérimentale essaie de réduire pour l'expliquer tout phénomène à ses propriétés physicochimiques, et aujourd'hui biologiques : c'est la visée de l'homme neuronal.

²²⁶ Il est possible que Freud ait été un lecteur de Claude Bernard. Mais Claude Bernard n'est cité qu'une seule fois dans les Œuvres complètes de Freud. Il s'agit de la *Traumdeutung*. Freud indique les conditions pour pouvoir travailler sur ses propres rêves. Il faut pratiquer, s'efforcer de réfréner ses idées préconçues, et se rappeler le précepte que Claude Bernard a posé pour l'expérimentateur du laboratoire de physiologie : « travailler comme une bête » [en français dans le texte], c.-à-d. avec autant d'endurance, mais aussi en se préoccupant tout aussi peu du résultat » (OC, vol IV, p.575).

Jacques Ruffié, qui bataille contre la psychanalyse, estime quant à lui que Freud est resté dans une optique pré-scientifique, qu'il ignore totalement Claude Bernard et qu'il interprète l'expression de travers, puisque Bernard « aurait passé sa vie à démontrer que la recherche scientifique représentait un travail spécifiquement humain ». RUFFIE Jacques, *Le sexe et la mort*, Paris, Odile Jacob, 1986, p.201.

Ceci étant, l'expression « travailler comme une bête » ne se trouve pas dans *l'Introduction à l'étude de médecine expérimentale*. Dans les « Principes », j'ai relevé ce passage proche dans l'esprit de ce que veut signifier Freud :

« Mais tout cela se réduit à bien peu de choses et tout ce qu'un médecin instruit doit connaître au point de vue pratique est bien vite appris. Mais, si l'on se réduit à cela, à quoi donc servent toutes les sciences que l'on a dû apprendre, si l'on doit être un simple guérisseur, comme le désire certain professeur de l'École de Médecine ? Il n'était pas nécessaire d'étudier si longuement. Mais il ne faut pas croire que l'on a fini ses études quand on est sorti de l'école ; on n'a fait qu'apprendre à apprendre, et il faut travailler toute sa vie. Il faut cultiver les sciences qui vous élèvent l'intelligence et d'ailleurs la science règle l'empirisme et le purifie des absurdités, débarrasse l'esprit de ce sot orgueil dans lequel le médecin peut tomber ; la science rend modeste quand on la possède. » (BERNARD Claude, *Principes de médecine expérimentale...*, op.cit., p.229).

²²⁷ Ibidem.

²²⁸ BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, op.cit., p.25.

²²⁹ Ibid., p.282.

²³⁰ Ibid., p.286.

²³¹ Ibid., p.300.

– Poursuivant la visée bernardienne *dans l'esprit*, la médecine expérimentale se dote des moyens adéquats à l'étude de son objet. L'abord de la subjectivité ouvre (peut ouvrir) au champ défriché par Freud. La confrontation avec le « corps parlant » force le médecin, s'il veut être en mesure de lui faire droit, de se saisir d'une autre logique que celle qui prévaut pour appréhender les seules manifestations organiques.

– *Croyant* poursuivre la visée bernardienne dans la lettre et/ou dans l'esprit, la médecine expérimentale rejette comme indigne d'intérêt ce qui résiste à la méthode. C'est la *doxa* la plus répandue par ceux qui ont combattu la psychanalyse.

Dans la postface écrite en juin 1927, Freud parlant de lui-même dit qu'il n'a jamais été un véritable médecin, mais que son manque de disposition n'a pas desservi ses patients.

« Car il ne profite guère au malade que, chez le médecin, l'intérêt thérapeutique soit marqué d'un trop grand accent affectif. Le mieux pour lui est que le médecin travaille froidement et le plus correctement possible »²³².

Le dilemme est-il donc insoluble ? Si c'est l'intérêt thérapeutique qui éventuellement détourne le médecin de la science pour faire cas du névrosé, il ne faut pas non plus que cet intérêt soit exagéré. En fait, ce conseil, s'il est à examiner au-delà du bon sens, donne une indication sur la posture subjective de l'analyste mais aussi du médecin. Car il ne s'agit pas, comme aussi Canguilhem le réfutera par la suite, de pallier la rigueur froide de la science par un supplément d'âme faussement humaniste, il ne s'agit pas de faire du sentiment. Toutefois, on entrevoit qu'il ne s'agit rien moins que d'une ascèse, de pouvoir tenir la finalité thérapeutique pour point de départ originaire, guide pour l'interprétation des données scientifiques, motivation principale, tout en ne la marquant pas d'un trop grand accent affectif.

Freud affirme que l'intérêt scientifique n'est pas contraire à l'intérêt du malade névrosé, et que ce dernier ne sera donc pas sacrifié, quand bien même l'analyste ne sacrifie pas l'intérêt scientifique à la thérapie. Autrement dit, il n'oppose pas intérêt médical et intérêt du malade, il n'oppose pas la science et la thérapie. « Il y a eu en psychanalyse, dès le début, une conjonction entre guérir et chercher », contrairement à ce que nous avons tendance à faire en médecine, si on en reste à opposer la théorie scientifique qui met le malade entre parenthèses et la pratique médicale qui transgresse le savoir de la science pour des fins thérapeutiques. Et si une manière non triviale de rassembler tous ces fils était de considérer la clinique comme une activité de recherche ? Nous verrons cela dans le prochain chapitre. Freud ne va pas si loin, pas même pour l'analyse : au contraire, il adopte une position curieuse en admettant une ligne de démarcation « entre la psychanalyse scientifique et ses applications dans les domaines médical et non médical »²³³, c'est-à-dire en reproduisant la distinction bernardienne entre médecine scientifique et médecine pratique, voire la sienne propre entre médecine scientifique et art de guérir.

On le voit : la tension est vive entre science et art. Par rapport au questionnement ouvert par Canguilhem, la position freudienne ne peut nous satisfaire. Si la psychanalyse est LA manière

²³² FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », op.cit., p.82.

²³³ FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », op.cit., p.86.

adéquate d'aborder la vie psychique (qui constitue au moins une partie de la subjectivité dont parle Canguilhem), alors, en tant qu'elle est la science des processus inconscients, la psychanalyse ne peut se réduire à être une spécialité médicale parmi d'autres, et encore moins être un instrument dans les mains du médecin : ce dernier aurait beau être formé à la psychanalyse, il ne peut tenir d'une même main à la fois un traitement organique et un traitement psychique²³⁴. L'autonomie de la psychanalyse et donc de sa formation, si elle est conséquente, n'offre pas de piste réelle, sauf à admettre qu'un médecin formé à l'analyse puisse être une réponse. Et encore !

Il semble a priori difficile d'aborder un patient avec deux méthodes aussi distinctes que celles qui relèvent de deux « mondes » séparés. Mais on peut s'interroger : la « diplopie » qui affecterait le médecin chaussant deux lunettes d'observation différentes pour traiter un cas, n'est pas moindre que celle qui brouille son regard « biologique » quand il est en face d'un patient qui parle. Car, il sera de toute manière situé dans un inconfort (souvent peu analysé comme tel) qui résulte de l'impureté de sa pratique vis-à-vis de la science biologique, de l'impureté du cas à traiter au regard du savoir scientifique, un embarras qui ne sera levé qu'à en prendre acte. Le médecin tentera de « faire avec » cette diplopie. « Faire avec », c'est peut-être d'abord tout simplement retenir pour soi cet avertissement de Freud :

« (...) les médecins répugnent à entrer en relation trop étroites avec leurs patients atteints de névroses, et (...) ne prêtant pas une attention suffisante à ce que ceux-ci leur disent, ils se mettent dans l'impossibilité de tirer de leurs communications des renseignements précieux et de faire sur leur malades des observations susceptibles de servir de point de départ à des déductions d'ordre général »²³⁵.

D. LACAN SUR L'ÉPISTEMOLOGIE DE LA MÉDECINE

En 1960, dans son Séminaire consacré au transfert, alors qu'il commente le discours d'Eryximaque dans le *Banquet* (« Il nous dit que la médecine est la science (epistēmē – ἐπιστήμη) des érotiques du corps »), Lacan se prononce sur la médecine :

« La médecine vous le remarquez ici s'est toujours crue scientifique. C'est en quoi d'ailleurs elle a toujours montré ses faiblesses. Par une sorte de nécessité interne de sa position, elle s'est toujours référée à une science qui était celle de son temps, bonne ou mauvaise qu'elle fût (bonne ou mauvaise comment le savoir du point de vue de la médecine?). (...) Ce qui n'est pas assuré, c'est ce que la médecine a à faire de cette science, c'est à savoir comment et par quelle ouverture, par quel bout elle a à la prendre, tant que quelque chose n'est pas élucidé pour elle, la médecine, et qui n'est pas comme vous allez le voir, la moindre des choses, puisque ce dont il s'agit c'est de l'idée de santé. Très exactement : qu'est-ce que la santé? Vous auriez tort de croire que même pour la médecine moderne qui, à l'égard de toutes les autres, se croit scientifique, la chose soit pleinement assurée »²³⁶.

²³⁴ Ibid. p.71.

²³⁵ FREUD Sigmund, *Introduction à la psychanalyse*, op.cit., p.227.

²³⁶ LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 14 décembre 1960.

Lacan adopte donc un point de vue original : la médecine se croit et s'est toujours crue scientifique, au sens où elle s'est toujours référée à la science de son époque ; mais elle ne sait quoi en faire, comment la prendre. Cette incapacité est selon lui liée au fait que n'est pas élucidée l'idée de santé. Il en veut pour preuve d'ailleurs « l'excellent travail de M. Canguilhem »²³⁷. De plus, cette référence à la science, quelle que soit l'époque, est la conséquence nécessaire de sa position. Je mets cela en parallèle avec « la science, c'est la rationalité de guérir »²³⁸.

Quelques années plus tard, il contraste la psychanalyse avec la médecine moderne, qui « appuie ses procédés » sur toutes sortes de sciences, et qui, « à se fonder sur leurs résultats, [elle] leur fait à chacune crédit de ses principes, leur empruntant, si l'on peut dire, des produits fixés »²³⁹. Cette idée sera reprise ensuite, en 1967 :

« Quand les sciences – dont la médecine maintenant s'entoure et s'aide, se laisse... s'ouvrir à elles de toutes parts – se seront rejointes au centre, eh bien, il n'y aura plus de médecine »²⁴⁰.

Le rapport – de toujours incommode – entre médecine et science devient une menace pour l'avenir de la médecine.

Mais le texte le plus important est celui de la conférence « Psychanalyse et médecine » de 1966 dont nous avons déjà fait état²⁴¹. L'objet de la conférence et des débats qui l'entourent n'est pas nommément l'épistémologie de la médecine, et pourtant il en sera question. Le projet pour lequel Lacan a été invité à s'exprimer devant le Collège de Médecine de la Pitié-Salpêtrière, à l'invitation du Dr Aubry, chef de service dans un hôpital pédiatrique, est d'évoquer la place de la psychanalyse dans la médecine. L'expérience de Mme Aubry est celle d'une collaboration plutôt satisfaisante entre pédiatres et psychanalystes autour d'enfants malades. Dans son propos initial, elle fait état d'un certain nombre de demandes qui lui ont été adressées par d'autres collègues médecins, et qui reflètent certaines des questions qui se posent aux médecins dans leur exercice sans qu'elles trouvent réponse dans leur propre formation, et pour lesquelles ils cherchent des réponses du côté de la psychanalyse, que ce soit en termes de connaissance, ou comme instrument thérapeutique. La démarche du Dr Aubry semble bien dans le prolongement du souhait de Freud d'une coexistence, à côté des médecins, de psychanalystes qui s'occuperaient des malades nerveux. Son collègue Klotz développe par contre un certain nombre de critiques, qui viennent limiter la portée de cette collaboration possible : la psychanalyse est une pratique coûteuse et implique donc une sélection par l'argent, tant pour les malades que pour ceux qui voudraient s'y former²⁴² ; c'est une méthode qui ignore les avancées de la psychiatrie et de la psychologie ; son enseignement non scientifique et la

²³⁷ Il s'agit de l'essai de 1943 sur le Normal et le pathologique, qui n'avait pas encore été publié d'ailleurs.

²³⁸ CANGUILHEM Georges, « Puissance et limites de la rationalité en médecine », art.cit., p.394. Or avec Hippocrate, la rationalité est apparue comme l'élément clé inaugural d'une nouvelle médecine qui est toujours la nôtre : DEBRU Armelle, « Au commencement de notre rationalité médicale : la médecine hippocratique », in SICARD Didier, VIGARELLO Georges (dir), *Aux origines de la médecine*, Paris, Fayard, 2011, p.31-45.

²³⁹ LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre XII, Problèmes cruciaux pour la psychanalyse* (1964-1965), séance du 9 juin 1965.

²⁴⁰ LACAN Jacques, *La logique du fantasme*, op.cit., séance du 14 mars 1967.

²⁴¹ LACAN Jacques, « La place de la psychanalyse dans la médecine », art.cit.

²⁴² Pour ces derniers, de plus, aliénation à l'initié qui l'introduit par des liens ésotériques et rituels.

persistance de la phase magique de son développement historique, font obstacle à son rapprochement avec la médecine.

Lacan intervient dans ce débat d'une manière qui apparaîtra tout à fait scandaleuse aux oreilles de certains de ses interlocuteurs. Ce qu'il annonce à propos de la médecine était en 1966 peut-être très audacieux mais s'avère cependant sur bien des points amplement vérifié. Je résume la thèse qu'il développe : depuis l'Antiquité « le médecin, dans son meilleur, est aussi un philosophe » ; depuis l'Antiquité, dans ce qui se passe entre médecin et malade, intervient ceci que le médecin se prescrit lui-même en prescrivant²⁴³ ; depuis l'Antiquité la pratique de la médecine s'accompagne de doctrines²⁴⁴. Il y a eu cependant une rupture, un franchissement, un passage du sacré vers la science ; mais ce n'est pas parce que la médecine en porte elle-même les germes, elle a toujours du retard sur la science ; ce n'est pas non plus du fait de l'introduction de la méthode expérimentale : c'est avant tout parce qu'un nouveau monde est né, envahi, baigné, par la science qui a ses exigences sur la vie de tout un chacun²⁴⁵ :

« La médecine est entrée dans sa phase scientifique, pour autant qu'un monde est né qui désormais exige les conditionnements nécessités dans la vie de chacun à mesure de la part qu'il prend à la science, présente à tous en ses effets ».

Pour Jurdant, dire que l'on est ou que l'on naît dans un monde scientifique signifie que l'on baigne dans un univers tout entier marqué par cette science vulgarisée, ouverte, transmise, autrement dit qui forme un système, une grille de lecture du monde, une manière de se penser, de se concevoir qui est marquée par la science. C'est ce qu'on peut appeler le scientisme, ou l'idéologie scientifique²⁴⁶. Y être plongé veut dire qu'on n'y échappe pas. La science forme le monde dans lequel nous vivons²⁴⁷. Nous en avons présenté quelques-unes des conséquences dans le chapitre VII (« Une crise de l'information »).

Une des originalités du point de vue de Lacan est qu'il insiste sur la pression qu'exerce la science sur la médecine (et sur d'autres champs de notre vie), plutôt que d'avaliser l'idée que la médecine devient progressivement scientifique par aspiration ou dynamique naturelle²⁴⁸. Ainsi, c'est par exemple la science du corps étudié pour la conquête spatiale qui fait retour sur la manière dont la médecine appréhende les fonctions physiologiques. Il en déduit le constat d'une perte d'autonomie du médecin :

²⁴³ Est-ce à dire qu'il ne cherche pas à s'abriter derrière l'objectivité de son savoir ?

²⁴⁴ On emploie très peu ce terme en médecine, sauf en histoire de la médecine (si on tape « doctrine médicale » sur Google, on tombe sur l'homéopathie...). Les doctrines ont une importance capitale dans l'histoire de la médecine, c'est contre elles, par rapport à elles que se sont accomplis les progrès. Les doctrines passent, se succèdent tandis que les acquis scientifiques demeurent. Quand Canguilhem emploie le terme de « changement de registre », on peut entendre à bon droit « changement de doctrine ».

²⁴⁵ Sur ces questions, d'un point de vue sociologique, voir BERG Marc, « Turning a practice into a science... », art.cit.

²⁴⁶ Selon Levy-Leblond, le scientisme, c'est à dire « La Science encore reste l'idéal de la connaissance », a la vie dure. LEVY-LEBLOND Jean-Marc, *Aux contraires. L'exercice de la pensée et la pratique de la science*, Paris, Gallimard, « Nrf essais », 1996, p.11.

²⁴⁷ JURDANT Baudouin, *La colonisation scientifique de l'ignorance*, art.cit.

²⁴⁸ Ce que suggère par contre Canguilhem, pour qui la priorité de la médecine est de mieux répondre à son projet originaire ; nous avons toutefois mentionné plus haut ce qui nous a paru une légère hésitation dans son propos quand il discute de la distinction entre science appliquée et application d'une science. Par rapport aux pressions de la science, on rappellera aussi ce propos : la médecine est « la science des limites des pouvoirs que les autres sciences prétendent lui conférer ». CANGUILHEM Georges, « Le statut épistémologique de la médecine », art.cit.

« Je veux dire que le médecin n'a plus rien de privilégié dans l'ordre de cette équipe de savants diversement spécialisés dans les différentes branches scientifiques. C'est *de l'extérieur de sa fonction*, nommément dans l'organisation industrielle, que lui sont fournis les moyens en même temps que les questions pour introduire les mesures de contrôle quantitatif, les graphiques, les échelles, les données statistiques par où s'établissent jusqu'à l'échelle microscopique les constantes biologiques »²⁴⁹.

Apparaît ainsi un nouveau rôle du médecin, celui de savant physiologiste, nouveau par rapport à ce que Lacan appelle la position traditionnelle du médecin.

« La collaboration médicale sera considérée comme la bienvenue pour programmer les opérations nécessaires à maintenir le fonctionnement de tel ou tel appareil de l'organisme humain, dans des conditions déterminées, mais après tout, en quoi cela a-t-il à faire avec ce que nous appellerons la position traditionnelle du médecin ? »

Une autre nouveauté dans le rôle du médecin est d'être l'agent distributeur des molécules de l'industrie pharmaceutique. La science donne

« à tous la possibilité de venir demander au médecin son ticket de bienfait dans un but précis immédiat, (...) Comment répondront-ils aux exigences qui conflueront très rapidement aux exigences de la productivité ? Car si la santé devient l'objet d'une organisation mondiale, il s'agira de savoir dans quelle mesure elle est productive. Que pourra opposer le médecin aux impératifs qui feraient de lui l'employé de cette entreprise universelle de la productivité ? »

Par rapport à ces nouvelles places, peu enviables au demeurant, la spécificité, l'originalité de la position du médecin s'articule selon Lacan autour de deux pôles : la réponse à la demande, et la vraie nature du corps. Nous en avons déjà parlé dans la première partie. L'insistance sur la demande précise un point sur lequel Canguilhem ne s'attarde pas quand il évoque la subjectivité du malade : l'importance de la parole. Mais ce n'est pas la seule dimension qui se trouve évacuée de la médecine par son virage scientifique : la faille épistémologique, entre le savoir scientifique sur le corps et le corps lui-même, est « l'effet que va avoir le progrès de la science sur la relation de la médecine avec le corps »²⁵⁰. On pourrait peut-être rapprocher cette « vraie nature du corps » de la « vitalité » chez Canguilhem, non pas pour forcer une équivalence, mais parce que dans les deux cas, il s'agit d'une dimension qui ne peut être saisie positivement comme un fait ou un artefact expérimental.

Schématisons. Pour Lacan, il y a deux options. Dans la première, le médecin se laisse faire : requis comme savant physiologiste pour apporter sa contribution au conditionnement par la science des individus, requis comme agent distributeur des bienfaits de l'industrie pharmaceutique, requis comme agent d'une santé publique qui exige des normes de rentabilité et de productivité, il perd son autonomie. Fin prévisible de la médecine. Dans la seconde, le médecin conserve quelque chose de sa position traditionnelle, celle du philosophe, qui n'a rien de sacré²⁵¹, et qui est à l'âge de la science, exemplifiée par celle de Freud et du psychanalyste : considérer la demande du malade, laquelle excède le besoin de soins du corps comme appareillage de fonctions physiologiques et considérer le corps des deux côtés de la faille : pas

²⁴⁹ LACAN Jacques, « La place de la psychanalyse dans la médecine », art.cit. (nos italiques).

²⁵⁰ Ibidem.

²⁵¹ Enfin, presque rien, si on se souvient de ce qu'il écrivait en 1951 : « le caractère sacré de l'action médicale : à savoir le respect de la souffrance de l'homme ». LACAN Jacques, « Intervention lors de la discussion des rapports théorique et clinique », *Revue française de psychanalyse* 1951 ; XV : 84-88.

seulement ses dimensions révélées par la science, mais aussi dans sa vraie nature, celle qui a affaire avec la jouissance.

Nous disposons à présent de deux pistes pour prolonger Canguilhem dans la direction de l'accomplissement de la rationalité médicale confrontée à l'obstacle de la subjectivité, pistes à emprunter pour ajuster la pratique à son objet, c'est-à-dire le vivant parlant dont le corps achoppe et qui demande assistance. Chemin faisant, la problématique épistémologique a été déplacée. La place de la science n'est plus celle de l'opposition paradigmatique art/science, mais celle d'un moment logique dans un mouvement qui part de la demande du particulier pour y faire retour.

Canguilhem comme Lacan ont insisté sur un point : projet originaire, position traditionnelle, antique fonction. Il nous a semblé utile alors, pour donner quelque épaisseur à ce statut épistémologique qui apparaît si délicat (cf. défaillance caractéristique, accomplissement d'une rationalité en changeant de registre, conversions nécessaires, mises entre parenthèses diverses), de revenir en arrière, et de chercher, chez Platon et Aristote, des éléments qui permettent d'étayer cette position traditionnelle originale du médecin. Autrement dit, nous allons chercher ce qui a été masqué par le recours aux doctrines scientifiques, recours qui « n'a fonctionné que comme substitut et pour masquer ce qu'antérieurement il faut bien plutôt repérer comme une sorte de philosophie »²⁵².

E. LA MEDECINE SOUS L'ANGLE DE LA *TEKHNE*.

Il y a une justification supplémentaire à ce détour. Quand ils concernent la médecine, les termes de science et d'art forment aujourd'hui un couple d'opposés. Si, pour arracher les mots à leur usage courant, la typographie (Majuscule, *italiques*, « guillemets ») est un moyen²⁵³, le recours au grec ancien en est un autre. Dans l'un et l'autre cas, il s'agit de tenter de se défaire des slogans, des stéréotypes idéologiques, ou de l'inertie des opinions, trois statuts peu enviables pour les affirmations concurrentes : la médecine est une science; la médecine est un art.

La médecine est, dès ses débuts, un lieu d'articulation entre théorie et pratique, entre la connaissance et les actions concrètes qui modifient la vie des hommes²⁵⁴. De plus, en Grèce antique, médecine et philosophie en dialogue exercent l'une sur l'autre leur influence²⁵⁵. D'une histoire qui a suscité de très nombreuses études, nous ne retiendrons que les éléments les plus saillants.

²⁵² LACAN Jacques, « La place de la psychanalyse dans la médecine », art.cit.

²⁵³ Milner souligne par exemple que tel fut le cas pour Barthes, attaché à une typographie savante qui traduit des enjeux de doctrine, dans MILNER Jean-Claude, *Le pas philosophique de Roland Barthes*, Lagrasse, Verdier, 2003, p.11-13.

²⁵⁴ LOMBARD Jean, *Aristote et la médecine ; le fait et la cause*, Paris, L'Harmattan, 2004. HOFMANN Bjorn, « Medicine as *tekhnē* – a perspective from antiquity », art.cit.

²⁵⁵ PELLEGRINO Edmund D., « Philosophy of medicine : problematic and potential », art.cit. ; WARREN LIDZ Joel, « Medicine as metaphor in Plato », *Journal of Medicine and Philosophy* 1995;20:527-541.

La médecine fournit à Platon et Aristote des concepts de nature spécifique (*eidos*, en référence aux types de maladies), de vertu ou d'excellence (*aretē*, construit sur la santé), ou encore de médiété relative à nous-mêmes (*mesotes*). Chez Platon, de nombreux termes sont communs à la médecine et à la philosophie : les puissances/pouvoirs/capacités (*dynamis*), l'équilibre (*isonomia*), la mesure (*metron*), la bonne proportion ou le temps juste (*kairos*), etc.²⁵⁶ Chez Aristote, savoir et savoir-faire sont rapprochés au sein de la *tekhnē* médicale, savoir d'ordre pratique qui tire vers la science tout en restant ancré dans l'expérience et l'observation, « modèle original d'une articulation entre le savoir et la pratique, où celle-ci n'est pas seulement l'application de celui-là mais sa condition même »²⁵⁷. Il faut posséder le savoir sur les maladies et leurs remèdes, mais l'essence de la médecine ne s'accomplit que dans la pratique du soin individuel²⁵⁸. La dimension de la connaissance s'ajoute à celles du soin (prendre soin de la personne, traiter la maladie). Dans l'*Ancienne Médecine* de la *Collection hippocratique*, la *tekhnē iatrikē* comprend la connaissance, des habiletés pratiques, et des questions évaluatives. Son objet est le corps malade, sa finalité la guérison ou au moins l'assistance au malade, son résultat la santé comme bon ordonnancement du corps²⁵⁹. La *tekhnē* est connaissance d'un champ spécifique, orientée vers une fin spécifique pour produire un résultat utile. Elle requiert la maîtrise de principes rationnels généraux qui peuvent être enseignés²⁶⁰. Le savoir de la *tekhnē* n'est pas réduit aux inductions de l'observation, il s'étend à la connaissance globale des règles de l'art : pour le médecin qui veut soigner un œil malade, une connaissance approfondie des mécanismes de la vision et des critères du sain et du morbide est nécessaire. Donc : « un soin élargi à observer les choses », et à rattacher leur fonctionnement « à des lois qui transcendent l'expérience »²⁶¹.

Il nous a semblé que la notion antique de *tekhnē* formait un cadre toujours fécond pour penser la pratique de la médecine²⁶², y compris dans son actualité critique, bouleversée par la multiplicité des dispositifs qui l'innervent : *evidence-based medicine*, biotechnologies, procédures et protocoles, gouvernance gestionnaire (cf. notre deuxième partie). En effet, ce cadre est à même de réunir ce qui est souvent présenté dans une opposition irréductible : non seulement la science contre l'art, mais aussi la technicité contre la relation soignante, les savoirs certifiés contre l'expérience personnelle, etc. Cette opposition ne convient pas s'il faut choisir un camp, entre d'un côté des machines à soigner et de l'autre des gourous dont le seul pouvoir est la suggestion, ou d'un côté des médecins qui se croient hommes de science, et de l'autre des médecins qui clameront que le salut vient de la priorité accordée à l'humanisme menacé par la science. L'opposition ne convient que comme construction fictive d'une tension qui dresse un fil sur lequel s'aventurent ceux qui acceptent l'inconfort que suppose la finalité thérapeutique, adressée à l'individu singulier, mais faisant un détour qui le met provisoirement entre parenthèses. La *tekhnē* est cette connexion des hétérogènes, ce nouage qui ne minore

²⁵⁶ Ibidem. Voir aussi LOMBARD Jean, *Aristote et la médecine...*, op.cit., p.9.

²⁵⁷ LOMBARD Jean, « Aspects de la *technē* : l'art et le savoir dans l'éducation et dans le soin », art.cit.

²⁵⁸ WEBER Jean-Christophe, « Y a-t-il une essence de la médecine ? », *Revue de Médecine Interne* 1998; 19: 924-7.

²⁵⁹ Hofman indique les limitations qu'on trouve dans le corpus hippocratique : la médecine n'est pas concernée par les affections de l'âme, ni par les cas désespérés. HOFMANN Bjorn, « Medicine as *tekhnē* – a perspective from antiquity », art.cit.

²⁶⁰ Ibidem. Voir aussi WARREN LIDZ Joel, « Medicine as metaphor in Plato », art.cit.

²⁶¹ RESWEBER Jean-Paul, « Le soin, affaire de *tekhnē* et de tact », art.cit.

²⁶² Ibidem.

aucun des « ingrédients » nécessaires, depuis les connaissances certifiées jusqu'aux vertus pratiques et intellectuelles.

Il ne faut cependant pas peu d'ardeur pour déjouer le paradigme science/art²⁶³. Et la suggestion de la *tekhnē* n'est pas de tout repos²⁶⁴. Il y a premièrement l'embarras lié au fait que le mot *tekhnē* suggère à nos oreilles une proximité avec la technique ou la technologie. La technique a mauvaise réputation pour nombre de médecins, elle leur semble sans âme, alors même que les techniciens exercés estiment qu'elle est intimement liée à l'expression²⁶⁵. Mais l'essentiel des difficultés est ailleurs. Nous verrons dans un premier temps (E.1) que ce statut est celui de la médecine chez Platon et qu'il articule déjà le général et le particulier (1.1); Aristote, qui illustre aussi la *tekhnē* par l'exemple de la médecine, la situe par contre comme un état épistémologique intermédiaire entre expérience (empirique) et science (théorique), respectivement *empeiria* (ἐμπειρία) et *epistēmē* (1.2). Ce qui apparaît alors surprenant est que, si le mot *tekhnē* est régulièrement traduit par art (en passant par le latin *ars*) et contraste avec l'*epistēmē*, terme traduit généralement par science, la description de la *tekhnē* produite dans la *Métaphysique* trouve à s'appliquer presque parfaitement à la médecine expérimentale – scientifique donc – telle que Claude Bernard la présente dans son *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* (1.3). Opposer (ou déjouer l'opposition entre) science et art par l'emploi de *tekhnē* ne serait-il alors qu'une simple pirouette qui use de l'anachronisme et des aléas de la traduction? Nous essayerons de montrer que cette apparence *bifrons* offre au contraire le double avantage de présenter et l'art et la science dans leurs accointances plutôt que dans leur contrariété, qui s'impose à notre imagination façonnée par la tradition et la controverse dès qu'un des termes, ou les deux, sont employés. En faisant jouer Aristote avec Bernard, et Bernard contre lui-même²⁶⁶, la *tekhnē* peut apparaître comme le statut épistémologique qui convient à la médecine, et qui fait droit aux deux extrêmes du paradigme. La situation s'inverse : examinés du point de vue de la médecine, l'art et la science se rejoignent : première indication du jugement (1.4). Prendre au sérieux la médecine, c'est s'autoriser à jouer du paradigme art/science.

Pourtant, à peine trouvée, cette « solution » fait surgir d'autres difficultés, qu'il faut affronter (E.2) : d'abord, que devient l'*epistēmē* si la *tekhnē* empiète largement sur la « science » (2.1)? Ensuite, la *tekhnē* est décrite dans l'*Ethique à Nicomaque* comme la vertu intellectuelle associée aux techniques productives (*poiesis*), et contraste avec la *phronēsis*²⁶⁷ dont on souligne aussi l'importance en médecine (2.2). Nous montrerons alors que pour Aristote lui-même, l'assignation de la médecine à la *tekhnē* reste assez souple, qu'il lui associe aussi des traits caractéristiques d'une *praxis*, et que l'*epistēmē* n'est pas loin (2.3). Mais aussi,

²⁶³ Déjouer le paradigme est, nous l'avons dit avec Barthes, une activité ardente. BARTHES Roland, *Le Neutre*, op.cit., p.32.

²⁶⁴ Au départ, c'est la lecture d'un article de Jean-Paul Resweber, qui nous a mis sur la piste. Même si les développements qui suivent ne sont pas forcément en accord avec lui, nous lui sommes infiniment redevables. RESWEBER Jean-Paul, « Le soin, affaire de *tekhnē* et de tact », art.cit. Voir aussi LOMBARD Jean, « Aspects de la *technē* : l'art et le savoir dans l'éducation et dans le soin », art.cit.

²⁶⁵ SENNETT Richard, *Ce que sait la main*, op.cit., p.205.

²⁶⁶ Sans le forcer toutefois, car son jugement sur la médecine souffle le froid et le chaud. Nous le prendrons à la lettre, à rebours quelques lectures académiques de sa pensée.

²⁶⁷ Je préfère ne pas traduire ce terme, mais s'il le fallait, sagesse pratique conviendrait mieux que prudence. Virro préfère sagacité, car il estime que sagesse pratique est déjà bien pompeux.

et surtout, il sera établi que la *phronēsis* est une vertu cardinale pour l'exercice de la médecine, et que la limitation de la médecine à une technique productive serait une réduction inopportune (2.4). C'est pourquoi nous proposerons d'employer ce terme de *tekhnē* dans sa signification plus vaste, telle qu'elle est en usage chez Platon, lequel néglige d'ailleurs la distinction *tekhnē/epistēmē* (E.3). Pourquoi alors « s'encombrer » d'Aristote et ne pas puiser directement chez Platon de quoi déjouer le paradigme contemporain art/science? C'est que nous avons eu besoin d'Aristote pour explorer de manière approfondie *tekhnē* et *phronēsis*. La *tekhnē* est bien le concept dont nous avons besoin pour décrire le cadre épistémologique de la clinique médicale.

E.1 LA TEKHNE MEDICALE

Castoriadis retrace l'étymologie de *tekhnē* à partir du verbe *teuchō* (radical indo-européen *th(e)uch), dont le sens principal chez Homère a trait à la fabrication, la production, la construction. Ce sens se complète de celui de causer, d'amener à l'existence, sans qu'une fabrication matérielle soit nécessaire, mais toujours avec l'idée d'un acte approprié et efficace. *Tektôn* est au départ le charpentier, puis tout artisan et finalement le *bon* constructeur, producteur, auteur²⁶⁸.

Le terme de *tekhnē* glisse aussi depuis la production/fabrication jusqu'à

« la production ou le *faire* efficace, adéquat en général (...), la manière de faire corrélative à une telle production, la faculté qui la permet, le savoir-faire productif relatif à une occupation et (...) le savoir-faire en général, donc la méthode, manière, façon de faire efficace »²⁶⁹.

Resweber précise que la *tekhnē* s'étend à des métiers comme ceux du médecin ou du pédagogue²⁷⁰, à des activités esthétiques (beaux-arts), à des activités éthiques qui cultivent l'art de bien vivre. Il existe une circularité entre ces dimensions : le travail bien fait est un beau travail ; la production artistique est le fruit d'un travail bien mené et astucieusement construit. La vie bonne obéit à des règles techniques multiples. Bien vivre c'est travailler à se réaliser comme une œuvre d'art²⁷¹. Le soin, c'est l'équilibre entre technique, esthétique et éthique²⁷².

²⁶⁸ CASTORIADIS Cornelius, *Les carrefours du labyrinthe 1*, Paris, Seuil, 1978, p.291.

²⁶⁹ Ibidem.

²⁷⁰ On peut remarquer par ailleurs que *Teknon*, issu de la même racine, est un des noms utilisés pour désigner l'enfant. Par *teknon*, « les Grecs évoquaient implicitement l'idée d'engendrement, de production au sens le plus noble – telle une production littéraire – suscitant une recherche de la vérité ». « Le *teknon* s'oppose point par point à *pais*, auquel est associée l'idée de souffrance, de sensation, de vie physiologique, mais aussi de dépendance, de contingence. L'esclave est appelé *pais*, alors qu'avec *teknon* apparaît l'idée de création et d'œuvre ». VALENTIN Claude, « La fabrique de l'enfant », *Revue d'éthique et de théologie morale* 2008 ; 249 (2) :71-117.

²⁷¹ Cf. la *technē tou biou*, art de vivre et culture de soi, bien étudiée par Foucault. FOUCAULT Michel, *Subjectivité et vérité. Cours au collège de France 1980-1981*, Paris, Gallimard/Seuil, « Hautes Etudes », 2014. FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité, tome II, L'usage des plaisirs*, Paris, Gallimard, « Tel », 1984. FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité, tome III, Le souci de soi*, Paris, Gallimard, « Tel », 1984.

²⁷² RESWEBER Jean-Paul, « Le soin, affaire de *tekhnē* et de tact », art.cit.

1.1. La *tekhnē* médicale chez Platon

La *tekhnē* chez Platon est une activité de production, d'usage ou de soin, qui met en rapport un agent et un objet unique, celui que le technicien produit (un outil, une sculpture), qu'il soigne (un corps, un troupeau; une âme, la cité) ou qu'il utilise (une flûte, un bateau). Le technicien maîtrise sa technique particulière grâce à la possession d'un certain savoir, d'une certaine science²⁷³. La connaissance requise est celle de la nature de l'objet spécifique, et des soins qui lui conviennent (que ce soit pour fabriquer une flûte, conduire sa propre vie, gouverner la cité ou soigner un corps malade) :

« Chaque *tekhnē* se définit par une manière particulière de prendre soin de l'objet : le cordonnier prend soin des chaussures (*Alcibiade*, 128b), le gymnaste prend soin de ses pieds »²⁷⁴.

Le médecin prend soin du corps. Un des traités du *Corpus hippocratique* est d'ailleurs intitulé *Peri tekhnē* (traduit usuellement par *De l'art*). La médecine comme une *tekhnē* véritable s'ancre dans une analyse méthodique de la nature du corps, qui suppose une connaissance de la nature du tout (*Phèdre*, 270b sq.), mais elle est aussi une pratique qui nécessite un savoir-faire spécifique.

Dans les dialogues de Platon, *epistēmē* (traduit généralement par science, « savoir rigoureux et fondé » pour Castoriadis²⁷⁵) et *tekhnē* (traduit généralement par art) sont des termes indistincts²⁷⁶. Dans le *Politique* par exemple, celui qui possède la science royale (*basilikēn ekhonta epistēmēn*) est supposé exercer son autorité en vertu d'une *tekhnē* (*Pol.* 293a). Et c'est pour illustrer ce point que Platon convoque le médecin : lui aussi, qu'il soigne avec ou sans lois écrites, est un médecin tant que les ordres qu'ils donnent relèvent d'une *tekhnē* mise en œuvre pour le bien du corps (*Pol.* 293b). C'est dans cette direction qu'il faut chercher l'unique définition correcte de la médecine (*Pol.* 293c) ! Dans le *Charmide* aussi, le médecin sert à illustrer ce que font les *tekhnēs*²⁷⁷, tandis que la médecine est désignée comme la science (*epistēmē*) de la santé (*hugieinou*).

Les *tekhnēs* véritables partagent des propriétés essentielles, et peuvent être prises pour modèles l'une de l'autre. Dès lors, il est important de noter que, dans le *Politique*, Platon décrit la *tekhnē politike* comme une *epistēmē* qui a affaire au particulier. Nous complétons ici ce qui a déjà été introduit au chapitre VI. Si la législation relève de la fonction royale (royal désigne le dirigeant doué d'une *epistēmē* véritable), ce qui vaut le mieux n'est pas que les lois prévalent, mais que prévale le roi qui est un homme réfléchi, un *phronēseōs basilikon* (*Pol.* 294a)²⁷⁸. La raison en est que la loi ne peut pas, à cause de sa généralité, embrasser avec exactitude ce qui

²⁷³ Luc Brisson, « La science et les savoirs », in Luc BRISSON, Francesco FRONTEROTTA, *Lire Platon*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2014, p.85-102.

²⁷⁴ RESWEBER Jean-Paul, « Le soin, affaire de *tekhnē* et de tact », art.cit.

²⁷⁵ CASTORIADIS Cornelius, *Les carrefours du labyrinthe 1*, op.cit., p.292.

²⁷⁶ LANE Melissa, « "Emplois pour philosophes": l'art politique et l'étranger dans le politique à la lumière de Socrate et du philosophe dans le Théétète », *Les Études philosophiques* 2005/3 ; 74 : 325-345. C'est aussi l'avis de Pierre AUBENQUE, *Problèmes aristotéliens...* ; op.cit., p.70.

²⁷⁷ Notre souhait d'en faire un nom commun de la langue française nous amène à proposer cette marque du pluriel, alors qu'il faudrait transcrire *tekhnai*.

²⁷⁸ Ou plutôt, « l'homme, qui avec le concours de la *phronēsis*, est un homme royal », comme le lit Monique DIXSAUT, « Des multiples sens de la *phronēsis* dans les dialogues de Platon », in : Danielle LORIES, Laura RIZZERIO (dir), *Le jugement pratique ; autour de la notion de phronēsis*, Paris, Vrin, 2008, p.141.

est le meilleur et le plus juste pour tous au même instant, et prescrire ainsi ce qui est le mieux (*Pol.* 294b). La loi est comparée à un homme arrogant, présomptueux et ignare, qui interdit de faire quoi que ce soit contre les dispositions qu'il a prises, qui ne laisse personne interroger sur rien (*Pol.* 294b-c) ! La disparité des hommes est telle que cela interdit à toute *tekhnē* de prendre un parti qui vaudrait pour tous les cas. La loi dispose pour le cas général, le cas moyen, mais, s'il est possible pour celui qui possède la science royale de venir s'asseoir auprès d'un chacun pour lui prescrire²⁷⁹ précisément ce qu'il convient de faire, il ne se sentirait pas entravé par les lois écrites (*Pol.* 295b)²⁸⁰.

C'est là un paradoxe puisque l'*epistēmē* concerne les choses immuables, alors que l'*epistemon* véritable, politique ou médecin, fait face à la variété et à la contingence. Le médecin est supposé être averti de ce qu'il y a de meilleur en chaque cas, mais les ordres qu'il donne alors (*Pol.* 296b) ne peuvent être connus à l'avance et figurer dans des règles écrites à l'avance²⁸¹. Ce paradoxe s'ajoute à deux autres difficultés : l'une est théorique et pratique à la fois – l'*epistemon* royal est rare (s'il existe vraiment) –, l'autre surtout pratique – il ne peut pas être toujours présent au moment nécessaire. D'où des lois écrites comme second choix. Le médecin parti en voyage a laissé une ordonnance (loi écrite), mais quand il revient, constatant qu'il faut changer de remède, il donnera une nouvelle règle adaptée. On se trouve à nouveau dans le cas idéal, et le médecin est au-dessus de la loi écrite²⁸².

La comparaison du politique se poursuit avec le capitaine de navire, qui veille constamment à ce qui est le mieux pour son bateau et son équipage, sans édicter de règles écrites, mais en donnant comme loi sa propre technique (*Pol.* 297a) : il offre sa *tekhnē* comme loi, *ten tekhnēn nomon parechomenos*²⁸³. Attention, toutefois : on se tromperait en concluant que sa conduite est un exemple à suivre. Ce qu'il propose ne vaut que pour la situation du moment.

Une *tekhnē* déterminée est reconnaissable comme *tekhnē* véritable par certains critères : elle œuvre dans l'intérêt supérieur du corps ou de l'âme ; elle s'appuie sur la rationalité et n'utilise pas de flatterie ; elle n'est jamais l'application de simples recettes²⁸⁴ ni n'est purement instrumentale (*Gorg.* 464c-465a). Chaque *tekhnē* a sa contrefaçon qui use de flatterie, s'appuie sur des routines empiriques, est irrationnelle (*alogon*), ignore le bien et vise seulement l'agréable (*Gorg.* 465a-e). A la médecine (soins du corps malade) et à la gymnastique (soins du corps

²⁷⁹ S'asseoir au bord du lit (*parakathēmenos*), prescrire (*prostattein*) : métaphores médicales du politique.

²⁸⁰ La *tekhnē* est ici opposée aux lois écrites. Pierre Aubenque souligne le parallèle et les divergences entre Platon et Aristote, confrontés au même problème du cas particulier. AUBENQUE Pierre, *La prudence chez Aristote*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 5^e éd., 2009, p.43. Il faudrait un « super-savant » pour corriger les défaillances de la loi, alors que pour Aristote, à l'indétermination ontologique du particulier répondra une règle indéterminée, la règle souple. Castoriadis par contre dit que pour Platon, « La vérité est du côté de la subjectivité vivante » (et non de la lettre morte, de l'universel abstrait), ce qui est assez proche de la phronésis aristotélicienne. CASTORIADIS Cornelius, *Sur le Politique de Platon*, op.cit.

²⁸¹ Dans la médecine d'aujourd'hui, ceci nous incite à réfléchir au rapport que nous entretenons avec les recommandations écrites.

²⁸² La transposition est plus aisée qu'il n'y paraît avec notre actualité : il suffit de considérer comme les lois écrites les recommandations générales, valables faute de mieux (pas de médecin pour les interpréter en fonction du cas).

²⁸³ Castoriadis dit que cela anticipe la critique du jugement chez Kant : l'œuvre de génie fournit une loi uniquement à partir de son art, c'est à dire ici la capacité de lier imagination et entendement. CASTORIADIS Cornelius, *Sur le Politique de Platon*, op.cit. Mais on peut ajouter aussi le parallèle avec le phronimos de l'Éthique à Nicomaque, qui détermine le critère dans l'indéterminé.

²⁸⁴ Ce point est présent aussi dans le Phèdre : on ne peut prétendre être médecin du seul fait de « savoir par l'emploi de certaines drogues échauffer ou refroidir le corps, faire vomir ou purger » (*Phèdre*, 268a).

sain) correspondent la cuisine et la cosmétique. Leur succès s'explique par les plaisirs à court terme qu'elles procurent, alors que les véritables *tekhnēs* visent le meilleur. Ainsi le médecin devant un tribunal d'enfants, serait en difficulté pour convaincre que ses remèdes – amères potions – sont meilleurs que ceux du cuisinier (*Gorg.* 465d)²⁸⁵.

Ce bref aperçu de la *tekhnē* médicale chez Platon nous a fourni des éléments importants : le médecin fait le pont entre le savoir général et ce qui convient dans une situation unique ; fort d'une rationalité pratique, il vise le meilleur pour le cas à considérer.

1.2. Un état épistémologique intermédiaire – repérage dans le livre A de la *Métaphysique* d'Aristote.

Comme point d'ancrage de la discussion sur l'épistémologie médicale, Jean Gayon rappelait ainsi la distinction d'Aristote

« entre *epistēmē* (mode de connaissance qui vise ce qui est universel, nécessaire et non sujet au changement) et *tekhnē* (disposition à produire accompagnée de règle, qui implique une connaissance visant à changer quelque chose, et qui s'applique à des choses individuelles et contingentes) »²⁸⁶.

Il poursuivait de la manière suivante : cette ancienne distinction entre science et art médical n'a pas disparu avec la scientification de la médecine, mais celle-ci a transformé l'art de la médecine.

Il nous semble que cet argument – tellement classique au demeurant – cache un point délicat. Si l'*epistēmē* chez Aristote est le mode de connaissance qui vise ce qui est universel, nécessaire et non sujet au changement, alors la science médicale issue de sa « fondamentalisation » comme la nomme Gayon, cette médecine expérimentale d'inspiration bernardienne, n'est pas à ranger dans l'*epistēmē*, mais relève bien de la *tekhnē*, et donc de l'art puisque Gayon – et de nombreux traducteurs, dont Tricot – use de ce terme pour traduire *tekhnē*²⁸⁷. De même, quand Gayon dit que les connaissances scientifiques n'épuisent pas le champ de l'expérience médicale, cela ne correspond pas chez Aristote au doublet *epistēmē/tekhnē*, mais davantage au doublet *tekhnē/ empeiria*.

Reprenons ici une longue citation tirée de la *Métaphysique* (*Mét.*) :

« La *tekhnē* (l'art...) apparaît lorsque, d'une multitude de notions expérimentales, se dégage un seul jugement universel, applicable à tous les cas semblables. En effet, former le jugement que tel remède a soulagé Callias, atteint de telle maladie, puis Socrate, puis plusieurs autres pris individuellement, c'est le fait de l'expérience (*empeiria*) ; mais juger que tel remède a soulagé tous les individus atteints de telle maladie, déterminée par un concept unique, comme, par exemple, les phlegmatiques, les bilieux ou les fiévreux, cela appartient à la *tekhnē* » (*Mét.* 981 a 5-10).

²⁸⁵ La conception platonicienne de la *tekhnē* comme générant des plaisirs véritables nous procure un outil utile pour apprécier la question du plaisir dans les relations médecin-malade, qui apparaît aujourd'hui être le domaine de satisfaction professionnelle principal. S'agit-il d'un plaisir à court terme, de l'ordre du plaisir d'agrément, ou d'un plaisir véritable, de l'ordre du bien ? Y a-t-il un risque, pour rester plaisant face à un patient reconnaissant, de perdre de vue les fins réelles ?

²⁸⁶ GAYON Jean, « Epistémologie de la médecine », art.cit., p.433.

²⁸⁷ Bodéüs traduit *tekhnē* par technique dans l'*Ethique* à Nicomaque.

Il est clair qu'il y a passage de l'*empeiria* à la *tekhnē* quand on passe du particulier au général par la mise en série de cas semblables, donc par induction. La *tekhnē*, si elle est un art, s'exerce sur le particulier, mais *du point de vue de la connaissance*, ce n'est pas une connaissance du particulier, mais la connaissance du général, connaissance inductive assortie de concepts. On aura compris qu'il valait mieux s'en tenir au terme grec plutôt que de se risquer à le traduire dans un des termes du paradigme science/art.

1.3. Aristote et Claude Bernard

Dans ce premier livre de la *Métaphysique*, Aristote déroule un schéma évolutif de la connaissance, qui s'enracine dans le désir de savoir que tous les hommes ont en partage. L'indice de ce désir est le plaisir qu'occasionnent les sensations (*aisthēsis*). Ces sensations ne sont pas seulement utiles, elles nous plaisent par elles-mêmes, et tout particulièrement les sensations visuelles. Aristote affirme que la cause de cette prééminence du voir tient au fait que « la vue est, de tous nos sens, celui qui nous fait acquérir le plus de connaissances et nous découvre une foule de différences » (*Mét.* 980a25). Notons que Claude Bernard a situé également le *voir* comme l'étape liminaire à l'investigation. C'est un premier temps seulement, car l'observation par les sens ne peut concerner qu'un petit nombre de phénomènes accessibles, « faciles à examiner ».

A partir des sensations s'engendre, chez l'homme et certains animaux, la mémoire qui permet intelligence et apprentissage, la faculté d'apprendre supposant également le sens de l'ouïe. La mémoire est une condition pour que se constitue une connaissance empirique :

« En effet, une multiplicité de souvenirs de la même chose en arrive à constituer finalement une seule expérience (*empeiria*) » (*Mét.* 981a1).

Cette expérience, ou connaissance empirique, ne trouve son plein déploiement que chez l'homme, où elle fait le lit de la *tekhnē* (art) et de la science (*epistēmē*). *Empeiria*, *tekhnē* et *epistēmē* sont « à peu près de même nature », à ceci près que

« la science (*epistēmē*) et l'art (*tekhnē*) adviennent aux hommes par l'intermédiaire de l'expérience, car *l'expérience a créé l'art*, comme le dit Polos avec raison, *et le manque d'expérience, la chance* » (*Mét.* 981a5).

Réciproquement, ne peut-on lire, chez Claude Bernard, ce passage de l'*aisthēsis* à la *tekhnē* voire à l'*epistēmē* en passant par l'*empeiria*? La citation suivante en donne un indice:

« Mais l'homme ne se borne pas à voir ; il pense et veut connaître la signification des phénomènes dont l'observation lui a révélé l'existence. Pour cela il raisonne, compare les faits, les interroge, et, par les réponses qu'il en tire, les contrôle les uns par les autres. C'est ce genre de contrôle, au moyen du raisonnement et des faits, qui constitue, à proprement parler, l'expérience, et c'est le seul procédé que nous ayons pour nous instruire sur la nature des choses qui sont en dehors de nous. Dans le sens philosophique, l'observation montre et l'expérience instruit »²⁸⁸.

²⁸⁸ BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, op.cit., p.33.

Pas de *tekhnē*, ni d'*epistēmē*, sans *empeiria* liminaire²⁸⁹. La *tekhnē* procède d'une démarche inductive. Je reproduis à nouveau la citation d'Aristote :

« La *tekhnē* naît lorsque, d'une multitude de notions expérimentales, se dégage un seul jugement universel, applicable à tous les cas semblables. En effet, former le jugement que tel remède a soulagé Callias, atteint de telle maladie, puis Socrate, puis plusieurs autres pris individuellement, c'est le fait de l'expérience ; mais juger que tel remède a soulagé tous les individus de telle constitution, rentrant dans les limites d'une classe déterminée, atteints de telle maladie, comme, par exemple, les phlegmatiques, les bilieux ou les fiévreux, cela relève de la *tekhnē* ».

Et voici deux extraits de Claude Bernard, qui affichent un parallèle saisissant :

« Mais cela n'empêche pas qu'en faisant les expériences et les opérations toujours exclusivement au point de vue de l'intérêt du malade qui les subit, elles ne tournent en même temps au profit de la science. En effet, il ne saurait en être autrement ; un vieux médecin qui a souvent administré les médicaments et qui a beaucoup traité de malades, sera plus expérimenté, c'est-à-dire expérimentera mieux sur ses nouveaux malades parce qu'il s'est instruit par les expériences qu'il a faites sur d'autres. Le chirurgien qui a souvent pratiqué des opérations dans des cas divers s'instruira et se perfectionnera expérimentalement. Donc, on le voit, l'instruction n'arrive jamais que par l'expérience, et cela rentre tout à fait dans les définitions que nous avons données au commencement de cette introduction ».²⁹⁰

« L'observation est donc ce qui montre les faits ; l'expérience est ce qui instruit sur les faits et ce qui donne de l'expérience relativement à une chose. Mais comme cette instruction ne peut arriver que par une comparaison et un jugement, c'est-à-dire par suite d'un raisonnement, il en résulte que l'homme seul est capable d'acquérir de l'expérience et de se perfectionner par elle ».²⁹¹

Il apparaît donc clairement que ce qu'Aristote appelle *tekhnē* entre dans ce que Claude Bernard appelle la méthode expérimentale²⁹², donc la science, et qu'il sépare de l'art. Traduire *tekhnē* par art est donc source de confusion. De même quand on traduit *empeiria* par expérience, on obscurcit la distinction de Bernard entre empirisme et expérimentation.

La *tekhnē* est déjà une théorisation, un savoir codifié. Et Aristote examine ce qui advient en quelque sorte « au lit du malade », pour reprendre l'expression de Claude Bernard qui procédera au même examen. Pour Aristote,

« par rapport à la pratique (*πράττειν*), l'*empeiria* ne semble en rien différer de la *tekhnē*; et même nous voyons des hommes d'expérience obtenir plus de succès que ceux qui possèdent une notion sans l'expérience ».

²⁸⁹ Kant le formule ainsi dans l'introduction de la *Critique de la raison pure* : « Que toute notre connaissance commence par l'expérience, cela ne soulève aucun doute. En effet, par quoi notre pouvoir de connaître pourrait-il être éveillé et mis en action, si ce n'est par des objets qui frappent nos sens et qui d'une part, produisent par eux-mêmes des représentations et d'autre part, mettent en mouvement notre faculté intellectuelle, afin qu'elle compare, lie ou sépare ces représentations, et travaille ainsi la matière brute des impressions sensibles pour en tirer une connaissance des objets, celle qu'on nomme expérience ? ». KANT Emmanuel, *CRP*, op.cit., p.31 (Introduction à la 2e édition).

²⁹⁰ BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, op.cit., p.152.

²⁹¹ *Ibid.*, p.40.

²⁹² Entre plusieurs, cette citation : « l'observation est le point d'appui de l'esprit qui raisonne, et l'expérience le point d'appui de l'esprit qui conclut ou mieux encore le fruit d'un raisonnement juste appliqué à l'interprétation des faits » (*Ibidem.*).

L'expérience est déjà une forme de connaissance utile en pratique. En apparence (« ne semble »), il n'y a pas de différence pratique, voire même un avantage à l'empirique. Aristote s'en explique ainsi :

« La cause en est que *l'empeiria* est une connaissance de l'individuel, et la *tekhnē*, de l'universel (καθόλου). Or, toute *praxis* et toute *poiesis*, (toute pratique et toute production) portent sur l'individuel ; ce n'est pas l'homme, en effet, que guérit le médecin traitant, sinon par accident, mais Callias ou Socrate, ou quelque autre individu ainsi désigné, qui se trouve être accidentellement un homme. Si donc on possède la notion (*logos*) sans l'expérience, et que, connaissant l'universel, on ignore l'individuel qui y est contenu, on commettra souvent des erreurs de traitement, car ce qu'il faut guérir, c'est l'individu » (*Mét.* 981a).

Il ne suffit pas donc de posséder la raison des choses pour traiter l'individuel²⁹³. C'est pourquoi, dans l'action, les gens d'expérience peuvent s'avérer plus qualifiés que les savants. C'est pourquoi encore

« les paroles et les opinions indémontrées des gens d'expérience, des vieillards et des personnes douées de sagesse pratique sont tout aussi dignes d'attention que celles qui s'appuient sur des démonstrations, car l'expérience leur a donné une vue exercée qui leur permet de voir correctement les choses » (*EN* 1143b10).

Certes le niveau de scientificité de la médecine est corrélé au passage d'une sommation d'expériences empiriques à un jugement plus général qui les rassemble et qui forme une grande partie des connaissances médicales obtenues par induction, conceptualisées et codifiées dans une *tekhnē*²⁹⁴. Par contre, quand il s'agit de la clinique, il s'agit d'un retour à l'individu particulier, et connaître le général (posséder la *tekhnē*) n'est pas suffisant à éviter l'erreur de traitement. Soigner, guérir, nécessitent un savoir-faire d'*expérience*, le savoir-faire avec le particulier²⁹⁵.

Claude Bernard connaissait-il ce texte ? En tous cas, il en reprend l'articulation :

« En effet, le médecin n'est point le médecin des êtres vivants en général, pas même le médecin du genre humain, mais bien le médecin de l'individu humain, et de plus le médecin d'un individu dans certaines conditions morbides qui lui sont spéciales et qui constituent ce que l'on a appelé son idiosyncrasie »²⁹⁶.

Bernard a donc reconnu la difficulté posée par l'individu, eu égard aux généralisations qu'opère la science. Le médecin doit considérer toutes les conditions spéciales des phénomènes particuliers (notamment les phénomènes psychologiques) « dont la résultante constitue

²⁹³ Pour Folscheid, qui commente les mêmes passages, mais avec une inflexion différente, c'est « cette exigence soignante qui exclut même à jamais que la médecine puisse devenir une science au sens moderne du terme. (...) celui qui connaît la maladie est un scientifique – fût-il par ailleurs médecin praticien et diplômé en médecine. Le médecin n'est pas l'homme qui connaît la maladie. Même s'il est aussi un scientifique, le médecin est celui qui soigne et qui soulage son patient ». FOLSCHIED Dominique, « La médecine comme praxis : un impératif éthique fondamental », *Laval théologique et philosophique* 1996, 52 (2):499-509.

²⁹⁴ On le répète : « Former le jugement que tel remède a soulagé Callias, atteint de telle maladie, puis Socrate, puis plusieurs autres pris individuellement, c'est le fait de l'expérience ; mais juger que tel remède a soulagé tous les individus atteints de telle maladie, déterminée par un concept unique (...), cela appartient à la *tekhnē*. » (*Mét.* 981a5-12)

²⁹⁵ Cette idée traverse aussi la Critique de la faculté de juger : les lois particulières ne peuvent nous être connues que par expérience. Voir par exemple KANT Emmanuel, *CFJ*, §70, AK V 386.

²⁹⁶ BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, op.cit., p.141.

l'individu ». Mais « les faits particuliers ne sont jamais scientifiques : la généralisation seule peut constituer la science ». Il y a là un

« double écueil à éviter ; car si l'excès des particularités est antiscientifique, l'excès des généralités crée une science idéale qui n'a plus de lien avec la réalité »²⁹⁷.

Claude Bernard s'attaque donc exactement à la même difficulté qu'avait affrontée Aristote au début de la *Métaphysique*. Si en médecine on « s'élève aux généralités les plus abstraites » on tourne le dos à la réalité, quand bien même ces vues sont des clartés utiles. Or, une « vraie philosophie scientifique » ne peut établir « une sorte d'opposition ou d'exclusion entre la pratique qui exige la connaissance des particularités et les généralisations précédentes qui tendent à confondre tout dans tout »²⁹⁸. Etendons son propos : une vraie philosophie médicale ne peut pas établir non plus ce type d'opposition, une vraie philosophie médicale ne peut pas se contenter de l'opposition science/art.

Quelle est la voie suggérée par Bernard ? La médecine serait-elle une science à part qui pour se constituer doit « à l'encontre des autres sciences », se particulariser de plus en plus ? Non, « cette opinion serait une erreur ». Comme pour toutes les sciences, « c'est la généralisation qui conduit à la loi des phénomènes et au vrai but scientifique ». Mais alors ? Ce qu'il faut considérer, c'est que les généralisations produites sont « trop superficielles et dès lors insuffisantes, pour le physiologiste et pour le médecin ». Le médecin doit faire descendre la démarche scientifique à l'échelon de chaque individu considéré :

« Le médecin ne se contente pas de savoir que tous les phénomènes vitaux ont des conditions identiques chez tous les êtres vivants, il faut qu'il aille encore plus loin dans l'étude des détails de ces conditions chez chaque individu considéré dans des circonstances morbides données. Ce ne sera donc qu'après être descendus aussi profondément que possible dans l'intimité des phénomènes vitaux à l'état normal et à l'état pathologique, que le physiologiste et le médecin pourront remonter à des généralités lumineuses et fécondes »²⁹⁹.

Le médecin qui « traite la variété » doit « toujours chercher à la déterminer dans ses études, et la comprendre dans ses généralisations ». Ce n'est qu'en passant par l'étude détaillée de l'individu qu'une généralité féconde peut être produite.

Ceci donc d'un point de vue théorique. Sous un certain angle, il n'y a pas d'opposition réelle entre Bernard et Aristote : la voie de la *tekhnē*/science passe par des montées en généralités. Faut-il mettre l'accent sur la différence apparente entre le postulat de l'impossibilité d'une science de l'individuel d'un côté (Aristote), et cet autre postulat qui priorise la recherche des déterminismes (qui ne peuvent être que généraux) qui opèrent jusque dans la variété (Bernard) ? On peut supposer alternativement que la plongée dans le détail des déterminismes se heurte *a posteriori* (Bernard) à une limite posée *a priori* (Aristote).

Dans la pratique clinique, pour Bernard, le médecin expérimentateur au chevet du malade allie aussi *empeiria* et *tekhnē*.

²⁹⁷ Ibid., p.140.

²⁹⁸ Notons que cela renvoie au problème discuté par Kant dans la *Critique de la faculté de juger*, lorsqu'il distingue l'art (*Kunst*) de la science. Nous avons déjà cité ce passage (KANT Emmanuel, *CFJ*, § 43).

²⁹⁹ Ibid., p.141.

« Le véritable médecin expérimentateur ne doit pas être plus embarrassé au lit d'un malade qu'un médecin empirique. Il fera usage de tous les moyens thérapeutiques que l'empirisme conseille ; seulement, au lieu de les employer, d'après une autorité quelconque, et avec une confiance qui tient de la superstition, il les administrera avec le doute philosophique qui convient au véritable expérimentateur ; il en contrôlera les effets par des expériences sur les animaux et par des observations comparatives sur l'homme, de manière à déterminer rigoureusement la part d'influence de la nature et du médicament dans la guérison de la maladie »³⁰⁰.

Revenons à Aristote. Quelle est la supériorité présumée de la *tekhnē* ? :

« Il n'en est pas moins vrai que nous pensons d'ordinaire que le savoir et la faculté de comprendre appartiennent plutôt à la *tekhnē* qu'à l'*empeiria*, et que nous jugeons les hommes de la *tekhnē* (τεχνίτας) supérieurs aux hommes d'expérience, dans la pensée que la sagesse (*sophia*), chez tous les hommes, accompagne plutôt le savoir : et cela, parce que les uns connaissent la cause et que les autres ne la connaissent pas » (*Mét.* 981a25).

L'homme de la *tekhnē* connaît le pourquoi et la cause des phénomènes, alors que l'homme d'expérience – sous-entendu, qui n'a pas franchi le seuil de la *tekhnē* – ignore le pourquoi des choses³⁰¹. Un autre critère distinctif est la capacité d'enseigner, qui appartient à l'homme de la *tekhnē* et pas à l'homme seulement empirique : c'est une autre raison de considérer que la *tekhnē* est plus proche de l'*epistēmē* que ne l'est l'*empeiria*³⁰².

Quant aux sensations (*aisthēsis*), qui précèdent l'expérience, elles se bornent à des constats, « mais elles ne nous disent le pourquoi de rien » et c'est pourquoi « nous ne regardons d'ordinaire aucune de nos sensations comme étant une sagesse, bien qu'elles nous fournissent les connaissances les plus autorisées sur les choses individuelles (*kath' hekasta gnōseis*) » (*Mét.* 981b16). C'est ainsi que l'expérience « réalise un premier degré de perfection de la connaissance humaine »³⁰³, sans pouvoir être rangée dans les vertus intellectuelles, car elle reste une connaissance sensible du contingent.

Notons le grand écart entre *aisthēsis* et *epistēmē*, qui marque aussi la distance entre l'individuel et l'universel. *Empeiria* et *tekhnē* sont des « étapes intermédiaires ». Au sommet de l'éloge se trouvent les arts mathématiques, non seulement dégagés des sensations communes, mais également des plaisirs et des nécessités de la vie (*Mét.* 981b24). Une science empreinte de sagesse mais sans utilité, voilà qui contraste avec Claude Bernard qui subordonne la connaissance à la puissance qu'elle confère sur la nature. Mais c'est aussi pour redire que la science du vivant que Bernard prétend fonder³⁰⁴ ne s'inscrit pas dans le régime aristotélien de l'*epistēmē*, et plutôt dans celui de la *tekhnē*. La médecine expérimentale « sera simplement la

³⁰⁰ Ibid., p.295.

³⁰¹ C'est la raison pour laquelle les chefs sont plus savants et plus sages que les manœuvres (au sens propre de ceux qui travaillent de leurs mains, *cheirotekhnēs*) : les premiers « connaissent les causes de ce qui se fait », les seconds « agissent sans savoir » et par habitude. Le surcroît de sagesse des chefs ne tient pas à leur habileté pratique, mais au fait qu'ils « possèdent la théorie et connaissent les causes ».

³⁰² « Et, en général, la marque distinctive du savant, c'est la capacité d'enseigner, et c'est encore pourquoi nous croyons que l'art est plus véritablement science que l'expérience, puisque ce sont les hommes d'art, et non les autres, qui sont capables d'enseigner ». (*Mét.* 981b9)

³⁰³ SIGGEN Michel, *L'expérience chez Aristote*, Bern, Peter Lang, 2005, p.231.

³⁰⁴ Voir à ce propos CANGUILHEM Georges, « L'idée de médecine expérimentale selon Claude Bernard », in : *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences concernant le vivant et la vie*, Paris, Vrin, 7e éd., 1994, p.127-142 ; et CANGUILHEM Georges, « Théorie et technique de l'expérimentation chez Claude Bernard », in : *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences concernant le vivant et la vie*, Paris, Vrin, 7e éd., 1994, p.143-155.

science qui cherche à remonter aux causes prochaines des phénomènes de la vie à l'état sain et à l'état morbide », et pas une sagesse, science qui, précise Aristote, « traite des premières causes et des premiers principes ». Pour Claude Bernard, ces domaines sont inaccessibles et la science est une épreuve de modestie, car elle prouve à l'expérimentateur que les causes premières des choses, et leur réalité objective, lui seront « à jamais cachées »³⁰⁵.

Notons aussi que les sensations « nous fournissent les connaissances les plus autorisées sur les choses individuelles » : dans ce domaine, elles ne sont pas surpassées par les autres stades de la connaissance ! Nous retrouverons cette idée fondamentale dans le chapitre X.

1.4. Dissolution du problème ?

Résumons alors l'épistémologie de la médecine qui se dégage de la *Métaphysique*. Du point de vue des connaissances théoriques elle passe de l'*empeiria* – adossée sur des *aisthēsis* – à la *tekhnē* ; du point de vue des applications pratiques, elle se nourrit de la *tekhnē*, de l'*empeiria* et de l'*aisthēsis*. L'opposition art/science se dissout dans la continuité.

Galien opte pour la réunion des deux types de connaissances : « Outre la nature commune à tous les hommes, ô Glaucon, le médecin doit connaître encore la nature individuelle de chacun »³⁰⁶. D'une part, la codification de la *tekhnē*, avec le risque du dogmatisme descendant quand il s'agit de traiter l'individuel, de l'autre, une *empeiria* nourrie d'*aisthēsis*, avec le risque de méconnaître le pourquoi des choses.

Jean Gayon plaide pour l'art médical (contre la science) avec l'argument de la *tekhnē*. Mais nous voyons que la *tekhnē* est proche de la science, au moins dans une perspective bernardienne. En réalité, la *tekhnē iatrikē* est bien alors une position *neutre* (au sens de Barthes) par rapport à l'opposition art/science : la voit-on comme une activité rationnelle qui a pour objet le corps malade, et c'est une science; la voit-on comme finalisée par le soin d'un individu particulier, et c'est un art³⁰⁷.

Le point central est que la médecine est une connaissance d'une nature pratique qui traite le particulier. Le médecin n'étudie pas la santé (au sens de l'état de santé, qui va de la bonne santé à la maladie) dans l'abstraction, il étudie la santé de l'être humain, ou mieux, de certains humains particuliers, car il soigne des individus (*EN*, 1097a). Il a à prendre en considération ce qui convient aux circonstances, en chaque occasion (*EN*, 1104a).

³⁰⁵ BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, op.cit., p.60 : « L'esprit de l'expérimentateur se distingue de celui du métaphysicien et du scolastique par la modestie, parce que, à chaque instant, l'expérience lui donne la conscience de son ignorance relative et absolue. En instruisant l'homme, la science expérimentale a pour effet de diminuer de plus en plus son orgueil, en lui prouvant chaque jour que les causes premières, ainsi que la réalité objective des choses, lui seront à jamais cachées, et qu'il ne peut connaître que des relations. »

³⁰⁶ GALIEN Claude, *Oeuvres anatomiques, physiologiques et médicales Tome II*, trad. Ch. Daremberg, Paris, JB Ballière, 1856, p.706.

³⁰⁷ HOFMANN Bjorn, « Medicine as *tekhnē* – a perspective from antiquity », art.cit.

E.2 DIFFICULTES

Néanmoins, cet éclaircissement, pour être complet, doit affronter un certain nombre de difficultés que nous allons à présent examiner.

2.1. Quelle est alors la place de l'*epistēmē* ?

D'autres passages de la *Métaphysique* évoquant la médecine font intervenir le terme d'*epistēmē*. Aristote place par exemple la médecine comme premier exemple de science attachée à un objet :

« Toute science (*epistēmē*) particulière recherche certains principes et certaines causes pour chacun des objets qu'elle connaît; ainsi la médecine (*iatrikē*)... » (*Mét.*, 1063b35).

La division des sciences qui vient ensuite les sépare entre sciences théorétiques (*theōrētikōn epistēmōn* : science de la nature, mathématique, théologie), poïétiques et pratiques. Pour les *poiētikēs* (Aristote ne dit pas *poiētikē epistēmē*), le principe (*archē*) du mouvement productif est dans le producteur et pas dans le produit, et ce principe est une *tekhnē* ou une autre *dynamis*. Pour les *praxīs* (*praktikēs*), le mouvement est aussi dans l'agent (*Mét.*, 1064a-1064b). *Epistēmē* peut donc être compris comme un terme générique englobant aussi *poiesis* et *praxis* (ce qui n'est pas le cas dans l'*Ethique à Nicomaque*, nous le verrons plus bas). Dans ce sens, la médecine en tant qu'elle s'inscrit aussi dans une recherche des principes et des causes est une *epistēmē*.

Dans un autre passage de la *Métaphysique* on trouve ceci :

« La Médecine (*iatrikē*) rentre dans les relatifs, parce que son genre (*genos*), la science (*epistēmē*), se range, de l'avis ordinaire, dans les relatifs » (*Mét.*, 1021b5).

La médecine est ici encore une espèce du genre *epistēmē*, autrement dit, une espèce de science. Mais peut-être faut-il aussi comprendre que la médecine est unique en son genre... d'*epistēmē* ?³⁰⁸

Enfin, pour Aristote, la notion de santé qui est dans l'esprit du médecin et qui le guide en sa *tekhnē*, est objet... de science (*hē de hugieia ho en tē psukhē logos kai hē epistēmē*) (*Mét.* 1032 b1-5)³⁰⁹.

Il est possible de rassembler toutes ces indications : la médecine a son noyau dur dans l'articulation *empeiria/tekhnē*. Mais l'*empeiria* est nourrie d'*aisthēsis*, alors que la *tekhnē* est orientée par des concepts épistémiques plus généraux (la notion de santé). Ce dernier point est d'ailleurs ce qui fait obstacle pour Lacan à l'équivalence médecine-science : pour la médecine, l'idée de santé n'est pas élucidée, nous l'avons rappelé un peu plus tôt (Cf. Chapitre VI). Il

³⁰⁸ Cette voie permettrait peut-être de déjouer un autre paradigme, fortement accentué par Gadamer, entre science (inachevée par essence) et pratique (exigeant des prises de décision instantanées). GADAMER Hans-Georg, *Philosophie de la santé*, op.cit., p.14.

³⁰⁹ *Mét.* 1032 b1-5, trad. Tricot modifiée : « quant aux productions de la *tekhnē*, ce sont celles dont la forme est dans l'esprit de l'artiste (j'appelle forme la quiddité de chaque être, sa substance première). Même les contraires, en effet, ont, en un certain sens, la même forme, car la substance de la privation, c'est la substance opposée, comme la santé est la substance de la maladie (car c'est par l'absence de la santé que se manifeste la maladie), et la santé, c'est la notion qui est dans l'esprit du médecin, la notion objet d'*epistēmē* ».

prend donc le contrepied d'Aristote, mais se trouve en accord avec les perspectives contemporaines qui décrivent une grande variété de conceptions de la santé³¹⁰.

C'est probablement la division des sciences citée plus haut qui informe la division des vertus intellectuelles (*epistēmē*, *tekhnē*, *phronēsis*) que l'on trouve dans l'*Ethique à Nicomaque*. La difficulté que l'on éprouve en passant d'un texte à l'autre provient de ce que le même terme (*epistēmē*) a un registre de signification étendu, comme on l'a vu plus haut à propos de la *tekhnē*.

Dans le livre VI de l'*Ethique à Nicomaque*, Aristote établit des distinctions assez fermes entre *epistēmē*, *tekhnē* et *phronēsis*, classées comme trois des vertus intellectuelles (à côté de *nous* et de *sophia*³¹¹). L'*epistēmē* est jugement sur les choses universelles et nécessaires, et les conclusions et démonstrations résultent de premiers principes (EN 1140b). Dans la *Métaphysique*, Aristote est moins catégorique. Il dit que s'il n'est pas possible de concevoir une *epistēmē* de l'accident, il peut par contre y avoir *epistēmē* de ce qui est le plus souvent (ou pour la plupart, *hōs epi to polu*), pas seulement de ce qui est toujours³¹². On quitte alors le régime des choses immuables et universelles pour quelque chose qui est proche de la *tekhnē*, un peu comme chez Platon.

Si la plupart des commentateurs qui discutent du statut de la médecine en s'appuyant sur l'*Ethique à Nicomaque* mettent l'accent sur la *tekhnē* et la *phronēsis*³¹³, Tyreman³¹⁴ estime que l'*epistēmē* informe indubitablement la médecine, puisqu'elle inclut le raisonnement abstrait, l'activité intellectuelle théorique, la connaissance de lois universelles sur des choses qui ne peuvent être autrement qu'elles ne sont. Selon nous, *Evidence-based medicine* relève plutôt de la *tekhnē*, car le mouvement *EBM* ne promeut pas du tout la connaissance théorique abstraite, bien au contraire³¹⁵.

De fait, la vie concrète, le monde naturel, sont marqués par le changement et la contingence, deux traits qui s'appliquent au monde clinique mais qui sont en-dehors de la sphère de l'*epistēmē*, sauf si on élargit son domaine au « pour la plupart » d'un côté, et aux doctrines (que Bernard projette hors de la science), par exemple les conceptions qu'on se fait de la santé et de la maladie.

³¹⁰ HAVERKAMP B, BOVENKERK B, VERWEIJ MF, « A practice-oriented review of health concepts », *The Journal of Medicine and Philosophy* 2018; 43(4):381–401. OMELIANCHUK Adam, « Do you have a “Syndrome” if you have a flat-shaped head? », *Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 2018;43:369–80.

³¹¹ La sagesse (*sophia*) est à la fois raison intuitive (*nous*) et science (*episteme*) (EN 1141a16). Tricot note que *nous* est appréhension des principes premiers, et *episteme* établissement des vérités qui en découlent.

³¹² ARISTOTE, *Mét.* 1027a21 : « Toute science se propose, en effet, ou ce qui est toujours, ou ce qui est le plus souvent ».

³¹³ BERESFORD Eric B, « Can phronesis save the life of medical ethics? », *Theoretical Medicine* 1996; 17(3): 209–24. PHILLIPS James, « Managed care's reconstruction of human existence: the triumph of technical reason », *Theoretical Medicine* 2002; 23(4–5): 339–358. WARING Duff, « Why the practice of medicine is not a phronetic activity », *Theoretical Medicine and Bioethics* 2000; 21(2): 139–151. DAVIS F Daniel, « Phronesis, clinical reasoning, and Pellegrino's philosophy of medicine », art.cit.

³¹⁴ TYREMAN Stephen, « Promoting critical thinking in health care: Phronesis and criticality », *Medicine Health Care and Philosophy* 2000; 3(2): 117–124.

³¹⁵ BROADBENT Alex, « Prediction, Understanding, and Medicine », art.cit.

2.2. Poiesis et/ou praxis?

Dans le livre VI de l'*Ethique à Nicomaque*, Aristote situe clairement la médecine comme *tekhnē*, pas comme *epistēmē* ni comme *phronēsis*. Or, la *phronēsis* est considérée par certains comme le paradigme le plus convaincant de la rationalité clinique³¹⁶, affirmation contestée par d'autres³¹⁷. Comme nombre d'analyses de la médecine contemporaine font usage de l'*Ethique à Nicomaque*, il convient d'entrer dans les détails si on veut conserver une signification à la notion de *tekhnē*.

En tant que vertus distinctes de l'âme délibérative, *tekhnē* et *phronēsis*, partagent néanmoins un aspect essentiel : elles ont affaire aux choses qui sont variables (EN 1140b). Aristote distingue les choses produites et les choses effectuées (en anglais, *things made* et *things done*), la production et l'action (EN 1140a), relevant respectivement de la *poiesis* et de la *praxis*, dont les vertus intellectuelles correspondantes sont la *tekhnē* et la *phronēsis*, qui sont des dispositions à la production ou à l'action accompagnées d'*orthos logos*. Alors que la *tekhnē* vise une fin au-delà de l'action (la chose produite), la *phronēsis* est la vertu associée à la *praxis*, une sorte d'action qui est à elle-même sa propre fin. Les deux « ne sont possibles que dans l'horizon de la contingence, (...) propriété négative affectant les processus naturels³¹⁸ ». Bien entendu, comme pour toute vertu, intellectuelle ou morale, *tekhnē* et *phronēsis* supposent une pratique assidue (EN 1103a25 sq.)³¹⁹.

« La *tekhnē* est un état concerné par la production, qui implique un raisonnement droit (*orthos logos*) » (EN 1140a).

Elle est une connaissance associée aux aptitudes instrumentales et aux compétences techniques qui sont nécessaires à la production³²⁰. La *poiesis* suppose un modèle qui sert aussi à l'évaluation du résultat³²¹. Selon Squires, on peut identifier trois caractéristiques principales de la *poiesis* : elle est instrumentale (son objectif est au-delà d'elle-même : pour la médecine il s'agit du diagnostic et du traitement, et avant cela d'une évaluation, mais aussi du pronostic et de l'éducation), contingente (ce qui suppose une connaissance élargie du contexte, et une capacité de réagir), et procédurale (les manières de faire peuvent être colligées)³²². La *poiesis* désigne une action qui vise à réaliser un but spécifique désiré (par exemple, vaincre une maladie)³²³. Il ne faut peut-être pas insister sur la production d'un objet indépendant³²⁴, sans quoi on se trouve en difficulté pour saisir l'activité poïétique de la médecine³²⁵. Et pourtant ce qui est produit par la médecine a une valeur intrinsèque (qui ne dépend pas de l'agent, de sa

³¹⁶ DAVIS F Daniel, « Phronesis, clinical reasoning, and Pellegrino's philosophy of medicine », art.cit.

³¹⁷ WARING Duff, « Why the practice of medicine is not a phronetic activity », art.cit.

³¹⁸ AUBENQUE Pierre, *La prudence chez Aristote*, op.cit., p.68.

³¹⁹ EN 1103a25 sq : « Les choses qu'il faut avoir apprises pour les faire, c'est en les faisant que nous les apprenons : par exemple, c'est en construisant qu'on devient constructeur, et en jouant de la cithare qu'on devient cithariste ; ainsi encore, c'est en pratiquant les actions justes que nous devenons justes, les actions modérées que nous devenons modérés, et les actions courageuses que nous devenons courageux ».

³²⁰ TYREMAN Stephen, « Promoting critical thinking in health care: Phronesis and criticality », art.cit.

³²¹ AUBENQUE Pierre, *Problèmes aristotéliens...* ; op.cit., p.214.

³²² SQUIRES Geoffrey, « Modelling medicine », *Medical Education* 2002; 36(11): 1077-1082.

³²³ TYREMAN Stephen, « Promoting critical thinking in health care: Phronesis and criticality », art.cit.

³²⁴ Ainsi Gadamer : « le médecin ne dispose d'aucune oeuvre qu'il pourrait ainsi exhiber. La santé du patient ne peut valoir en tant qu'oeuvre ». GADAMER Hans-Georg, *Philosophie de la santé*, op.cit., p.31.

³²⁵ C'est parce qu'elle ne créerait aucun produit que Lombard dit que la médecine occupe « une place particulière dans l'univers de la technè ». LOMBARD Jean, *Aristote et la médecine...*, op.cit., p.19.

disposition) et le savoir y joue un grand rôle : autant de raisons de ranger la médecine du côté de la *poiesis* (cf. EN 1105a25-b4³²⁶), même s'il est déjà clair que la disposition du médecin peut jouer un grand rôle dans l'action thérapeutique, ne serait-ce que parce qu'il appartient toujours à l'agent lui-même, dans le cas de l'art médical, d'examiner ce qu'il est opportun de faire (EN 1104a 4-9)³²⁷.

La *tekhne* inclut le savoir de ce qui est à faire, de comment le faire et de pourquoi on le fait, et forme une base pour les sciences appliquées et le savoir-faire technique, mais n'est pas suffisant en médecine selon Davis, à partir du moment où la question n'est pas seulement ce qui peut être fait, mais ce qui devrait être fait³²⁸. De plus, mettre l'accent sur la raison technique peut minimiser le besoin impérieux de l'expérience individuelle et du jugement ce qui est périlleux dans le contexte de la gestion des soins³²⁹. La médecine est alors aussi une *praxis*, qui renvoie à des actions investies qui en viennent à être incorporées dans un habitus³³⁰. Quand les sciences fondamentales et la clinique sont particularisées dans la rencontre médicale, la médecine est une *praxis*³³¹.

A la *praxis* correspond la vertu de la *phronēsis*, dont le domaine est celui des choses à propos desquelles on délibère, et c'est pourquoi le propre du *phronimos*³³² est de bien délibérer (EN 1141b). La *phronēsis* est liée aux situations particulières, et suppose d'exercer son jugement dans des cas particuliers³³³.

« La *phronēsis* est une disposition, accompagnée de règle vraie, capable d'agir dans la sphère de ce qui est bon ou mauvais pour un être humain » (EN 1140b5).

Pour plusieurs auteurs, la *phronēsis* est le trait définitoire du bon médecin³³⁴. La vertu de la *phronēsis* semble aussi plus adéquate que la *tekhne* (au sens restreint des définitions du chapitre

³²⁶ EN 1105a25-b4 : « Les productions de la *tekhne* ont leur valeur en elles-mêmes ; il suffit donc que la production leur confère certains caractères. Au contraire, pour les actions faites selon la vertu, ce n'est pas par la présence en elles de certains caractères intrinsèques qu'elles sont faites d'une façon juste ou modérée ; il faut encore que l'agent lui-même soit dans une certaine disposition quand il les accomplit : en premier lieu, il doit savoir ce qu'il fait ; ensuite, choisir librement l'acte en question et le choisir en vue de cet acte lui-même ; et en troisième lieu, l'accomplir dans une disposition d'esprit ferme et inébranlable. Or ces conditions n'entrent pas en ligne de compte pour la possession d'une *tekhne* quel qu'elle soit, à l'exception du savoir lui-même, alors que, pour la possession des vertus, le savoirs ne joue qu'un rôle minime ou même nul, à la différence des autres conditions, lesquelles ont une influence non pas médiocre, mais totale, en tant précisément que la possession de la vertu naît de l'accomplissement répété des actes justes et modérés ».

³²⁷ Selon Agamben, Quintilien fera une autre distinction que celle d'Aristote : les arts *in actu* ou *in agendo* (comme la danse) ne laissent aucune oeuvre, les arts *in effectu* (comme la peinture) atteignent leur fin avec l'oeuvre. Agamben souligne que ce qui compte, ce n'est pas l'*opus* en lui-même, mais en tant qu'*effectus* d'une *operatio*. Nous comprenons cela comme une atténuation de la distinction entre *praxis* et *poiesis*, qui pourrait convenir à la médecine. AGAMBEN Giorgio, *Opus Dei...*, op.cit., p.66.

³²⁸ DAVIS F Daniel, « Phronesis, clinical reasoning, and Pellegrino's philosophy of medicine », art.cit.

³²⁹ PHILLIPS James, « Managed care's reconstruction of human existence... »,art.cit.

³³⁰ BOURDIEU Pierre, *Raisons pratiques ; sur la théorie de l'action*, Paris, Seuil, 1994. BOURDIEU Pierre, *Méditations pascaliennes*, Paris, Seuil, « Points essais », 2003.

³³¹ PELLEGRINO Edmund D., « Philosophy of medicine : problematic and potential », art.cit.

³³² *Phronimos* : celui qui agit avec *phronēsis*. C'est lui qui sert de point de départ à la définition de la *phronēsis* (« Une façon dont nous pourrions appréhender la nature de la *phronēsis*, c'est de considérer quelles sont les personnes que nous appelons prudentes » EN 1140a24), comme l'ont souligné les commentateurs, notamment Pierre AUBENQUE, *La prudence chez Aristote*, op.cit., p.35-39. Il ajoute que « le recours au portrait n'est pas un pis-aller, mais une exigence même de la chose ».

³³³ BERESFORD Eric B, « Can phronesis save the life of medical ethics? », art.cit.; PHILLIPS James, « Managed care's reconstruction of human existence... »,art.cit.

³³⁴ SVENAEUS Fredrik, « Hermeneutics of medicine in the wake of Gadamer... », art.cit.

VI de *EN*) pour les défis éthiques, mais aussi pour le problème épistémologique et ontologique de la pratique du quotidien, c'est à dire la question de comment appliquer une connaissance générale théorique aux besoins du patient individuel³³⁵. L'éthique des vertus, post-aristotélicienne, qui concurrence les courants dominants en éthique médicale (l'éthique fondée sur les principes et l'utilitarisme) s'est fondée principalement sur la *phronēsis*. Cette vertu dite intellectuelle est néanmoins proche des vertus morales³³⁶ et elles se renforcent mutuellement³³⁷. En effet, le médecin comme le *phronimos* doit prendre des décisions justes et appropriées, dans le cours de l'action.

Cependant, si la *praxis* est à elle-même sa propre fin, il peut être difficile de transposer cet aspect à la médecine, en écartant la *poiesis*³³⁸. Aristote précise d'ailleurs que la *phronēsis n'est pas* la *tekhne*, parce que « parce que le genre de la *praxis* est autre que celui de la *poiesis* » (*EN* 1140b3). Le but de la médecine n'est pas son exercice pour lui-même, mais plutôt, selon Aristote, de produire la santé (*EN* 1094 a 5-6). On ne saurait « privilégier l'activité médicale au détriment de son œuvre extérieure qu'est la santé »³³⁹. Bishop estime aussi qu'avec la *phronēsis* l'accent est davantage mis sur le caractère moral de l'agent, plutôt que sur son jugement pratique³⁴⁰. Waring estime que cette connexion étroite avec les vertus morales limite l'analogie possible avec la médecine³⁴¹. Beresford souligne aussi que la *phronēsis* implique la totalité de la vie et devient un mode d'être³⁴². On peut concéder que prendre soin d'autrui peut réellement façonner l'âme du médecin, si l'âme est à comprendre comme l'ensemble de la vie intellectuelle, émotionnelle, de la volonté et des désirs³⁴³. Toutefois, on ne devrait pas avoir à conclure que le médecin est supposé devenir un parangon de vertu. La focalisation sur la *phronēsis* met en lumière l'engagement moral du médecin, mais pourrait conduire à comprendre l'éthique comme un domaine séparé de la pratique clinique. Par exemple, Devettere est amené à faire une distinction forte entre les buts cliniques et les buts éthiques de la médecine³⁴⁴. Pour nous, la pratique clinique inclut l'éthique dont nous avons besoin et c'est pourquoi nous privilégierons une conception de l'éthique clinique comme enchâssée dans la clinique, et indétachable de celle-ci (Cf. Chapitre XIII).

Mais nous sommes néanmoins confrontés à cette difficulté : la médecine est-elle plutôt du genre *poiétique*, ou relève-t-elle davantage de la *praxis*? Une distinction trop marquée entre *epistēmē*, *tekhne* et *phronēsis* ne résout donc pas les difficultés quant au statut de la médecine.

³³⁵ DAVIS F Daniel, « Phronesis, clinical reasoning, and Pellegrino's philosophy of medicine », art.cit.

³³⁶ A ce sujet, Aubenque indique que : « pour la distinguer des autres vertus, il faut ajouter une autre différence spécifique : alors que la vertu morale est une disposition (pratique) concernant le choix, la prudence est une disposition pratique concernant la règle du choix ; il ne s'agit pas ici de la rectitude de l'action, mais de la justesse du critère ». AUBENQUE Pierre, *La prudence chez Aristote*, op.cit., p.34.

³³⁷ SVENAEUS Fredrik, « Hermeneutics of medicine in the wake of Gadamer... », art.cit.; DAVIS F Daniel, « Phronesis, clinical reasoning, and Pellegrino's philosophy of medicine », art.cit.

³³⁸ WARING Duff, « Why the practice of medicine is not a phronetic activity », art.cit.; SQUIRES Geoffrey, « Modelling medicine », art.cit.

³³⁹ FOLSCHIED Dominique, « La médecine comme praxis : un impératif éthique fondamental », art.cit.

³⁴⁰ BISHOP Jeffrey P, REES Charlotte E, « Hero or has-been: Is there a future for altruism in medical education? » *Advanced Health Science Education Theory and Practice* 2007; 12(3): 391-399.

³⁴¹ WARING Duff, « Why the practice of medicine is not a phronetic activity », art.cit.

³⁴² BERESFORD Eric B, « Can phronesis save the life of medical ethics? », art.cit.

³⁴³ BISHOP Jeffrey P, REES Charlotte E, « Hero or has-been... », art.cit.

³⁴⁴ DEVETTERE Raymond J, « Clinical ethics and happiness », *Journal of Medicine and Philosophy* 1993; 18 (1): 71-89.

La plupart des commentateurs privilégie l'une ou l'autre de ces vertus intellectuelles, et ne fait que reproduire un autre paradigme qu'il s'agit de tenter de déjouer. En particulier la *phronēsis* sert parfois d'argument pour une réaction « humaniste » contre le soi-disant tournant technologique de la médecine, ou à une défense de l'herméneutique contre la science appliquée³⁴⁵, comme la *tekhnē* a pu servir d'argument pour opposer l'art que serait la médecine (subjectif, évaluatif, particulier, intuitif) à la science (objective, factuelle, générale et rationnelle)³⁴⁶.

Pour Aristote, la médecine produit la santé³⁴⁷. C'est une *tekhnē* qui opère un changement³⁴⁸

« et la santé (*hygeia*), c'est la notion qui est dans l'esprit du médecin, la notion (*logos*) objet de science (*epistēmē*³⁴⁹). Le sain, en effet, est le résultat d'un enchaînement de pensées comme celui-ci : puisque telle chose est la santé, si l'on veut se bien porter il faudra nécessairement réaliser cette chose, par exemple l'équilibre, et, pour produire cet équilibre, il faut la chaleur. Et le médecin remonte ainsi progressivement par la pensée jusqu'à un ultime élément qu'il est en son pouvoir de produire lui-même. Et dès lors le mouvement qui provient de lui, c'est-à-dire le mouvement en vue de se bien porter, se nomme réalisation (*poiesis*). Il s'ensuit donc logiquement que, d'une certaine manière, la santé vient de la santé, la maison, de la maison, le matériel, de l'immatériel : car la Médecine et l'art de bâtir sont la forme de la santé et de la maison, et par substance immatérielle, j'entends la quiddité » (*Mét.* 1032b5 sq.).

Comment comprendre ce passage ? Maladie et santé sont les pôles opposés d'une même forme, que j'appellerais ici « état de santé » pour clarifier. Pour opérer un changement de l'état de santé dans la direction d'une meilleure santé, le médecin – qui en possède le *logos* (il y a donc bien ici une *epistēmē* – doctrine plutôt que science au sens bernardien) détermine ce qui est dans son pouvoir de réaliser, de produire. Mais que produit-il concrètement, sinon des remèdes qui agissent en faveur du changement³⁵⁰? Par remèdes, on entendra tout ce qui permet un traitement (curatif, palliatif, préventif, etc.) et sa surveillance, mais il faut inclure aussi toutes les productions intellectuelles qui précèdent la thérapeutique : évaluation, diagnostic, pronostic. Le médecin n'est donc pas directement un producteur de la santé, il ne la fabrique pas³⁵¹. De plus, il ne s'agit jamais de produire la santé en général, mais d'œuvrer pour la santé de tel ou tel individu. L'architecte ne produit pas la maison en général, mais telle ou telle maison. Un autre argument pourrait être tiré du constat que « les objets de l'intention pratique

³⁴⁵ SVENAEUS Fredrik, « Hermeneutics of medicine in the wake of Gadamer... », art.cit.

³⁴⁶ HOFMANN Bjorn, « Medicine as *tekhnē* – a perspective from antiquity », art.cit.

³⁴⁷ Dans le *Charmide* de Platon aussi, la médecine est une *episteme* utile puisqu'elle produit (mais le verbe est *apergazomai*) la santé, qui est une excellente chose pour nous (*Charm.* 165e). Et Claude Galien conserve l'idée d'un art qui apprend à produire et à conserver la santé. GALIEN Claude, *Oeuvres anatomiques, physiologiques et médicales Tome II*, op.cit., p.403.

³⁴⁸ « Les changements surviennent par nature (*physis*), par hasard ou du fait d'une *tekhnē* (*Mét.* 1032a10) ». Les changements opérés par la *tekhnē* sont des réalisations dont la forme (*eidōs*) est dans l'esprit (*psyche*) [de l'homme de la *tekhnē*] (*Mét.* 1032b5 sq.).

³⁴⁹ Dans un passage ultérieur, Aristote précise que la science en question est le *logos* des choses, et comme c'est le même pour un objet et la privation de l'objet, il n'y a qu'une science de la santé et de la maladie (*Mét.* 1046b7).

³⁵⁰ Svenaeus propose que la *tekhnē* médicale n'est pas production de quoi que ce soit. SVENAEUS Fredrik, « Hermeneutics of medicine in the wake of Gadamer... », art.cit.

³⁵¹ Gadamer écrit que l'intervention du médecin consiste « en tout premier lieu à fortifier les facteurs constitutifs de l'équilibre ». GADAMER Hans-Georg, *Philosophie de la santé*, op.cit., p.49.

sont (...) des objets propositionnels³⁵² » : l'action médicale *se propose* de mener le malade à la santé, elle ne la fabrique pas³⁵³.

La médecine produit des remèdes dont le but est de restaurer la santé (*poiesis*), mais elle se fait aussi remède (*praxis*), en se référant à la notion épistémique de l'état de santé, afin d'atteindre ce but³⁵⁴. Au point qu'Aristote, proposant d'identifier cause efficiente et cause finale, suggère que « la médecine est en quelque façon, la santé » (*Mét.*, 1075b9). Quand on passe de la médecine au médecin, on passe du sain en général à la santé de tel individu, et à ce que le médecin peut produire lui-même pour ce malade concret. Quand on dit que le médecin soigne un individu malade, il convient d'entendre dans le « soigner » des pratiques d'usage (des gestes, des mots, l'utilisation d'instruments, de médicaments, etc.). Paolo Virno, traitant de la question de l'usage, fait remarquer que c'est l'activité de base à l'origine commune de la *poiesis* comme de la *praxis*, et que dans l'usage la *tekhnē* est toujours mêlée de sagacité et la *phronēsis* de technique. Abusives sont « une *tekhnē* sans *phronēsis* ou une *phronēsis* sans *tekhnē* »³⁵⁵. L'adaptation du traitement, son individualisation, son actualisation à la singularité du patient, requiert ce mélange poïético-praxique.

C'est pourquoi nous préférons donc penser la médecine comme étroitement liée avec la *tekhnē* (ici en tant que vertu intellectuelle) et avec la *phronēsis* (comme le suggèrent aussi Hofmann³⁵⁶ ou Montgomery³⁵⁷). On trouverait aussi, dans des études consacrées à l'artisanat, comme celle de Richard Sennett, des arguments pour soutenir qu'un « métier » a des caractéristiques qui dépassent celles des pratiques productives, et intègre aussi des aspects de *praxis*. Ainsi, l'homme de métier (l'artisan) est « attaché à l'excellence du travail en soi » et « illustre la condition humaine particulière de l'engagement »³⁵⁸.

C'est pourquoi nous nous sommes demandé si l'*Ethique à Nicomaque* ne pouvait pas, malgré les distinctions établies dans le chapitre VI, servir néanmoins de base à une conception élargie de la *tekhnē iatrikē*, plus proche peut-être de son emploi chez Platon, une conception élargie (englobant la *phronēsis*) qui nous permet de mieux appréhender ce qu'est la pratique médicale dans la totalité de ses dimensions. Nous pourrions alors continuer à nous appuyer sur Aristote, dont nous avons besoin par ailleurs, sans en prendre systématiquement le contrepied du chapitre VI quant au lien médecine-*tekhnē* (en tant que distincte de *phronēsis* et d'*epistēmē*). De fait, nous trouvons des arguments convaincants dans le texte de l'*Ethique à Nicomaque*, en faveur de notre hypothèse.

2.3. La médecine dans l'*Ethique à Nicomaque* : *epistēmē*, *tekhnē* et *phronēsis*.

Par exemple, Aristote affirme, en spécifiant la *phronēsis* : la *phronēsis* ne concerne pas seulement l'universel, mais elle doit aussi reconnaître les particuliers, car elle est de l'ordre de

³⁵² DESCOMBES Vincent « Exercices d'analyse », *Le Débat*, 1992 ; 72(5) : 84-96.

³⁵³ Nous verrons au chapitre XI que l'aimance est de l'ordre de la *poiesis* (EN 1168a19). Mais ici je diffère l'introduction du registre de l'érotique.

³⁵⁴ Les interrogations sur ce but ont déjà été évoquées dans la seconde partie, et nous y reviendrons encore.

³⁵⁵ VIRNO Paolo, *L'usage de la vie...*, op.cit., p.29.

³⁵⁶ HOFMANN Bjorn, « Medicine as *tekhnē* – a perspective from antiquity », art.cit.

³⁵⁷ MONTGOMERY Kathryn, « Thinking about thinking: Implications for patient safety », art.cit.

³⁵⁸ SENNETT Richard, *Ce que sait la main*, op.cit., p.32.

l'action, de la pratique, et la pratique porte toujours sur les particuliers. C'est d'ailleurs pourquoi l'expérience surpasse la connaissance (théorique). Exemple donné par Aristote :

« Si, tout en sachant que les viandes légères sont faciles à digérer et bonnes pour la santé, on ignore quelles sortes de viandes sont légères, on ne produira pas la santé, tandis que si on sait que la chair de volaille est légère, on sera plus capable de produire la santé » (*EN* 1141 b18-20).

Dans cette citation du livre VI, on peut voir que les deux types de connaissance, *epistēmē* et *phronēsis*, sont dits nécessaires... à produire la santé, un trait distinctif de la *tekhnē* médicale !

Un argument assez voisin figure à la fin de l'*Ethique à Nicomaque*. Aristote mentionne ce qui est requis pour atteindre la vertu, et utilise une fois de plus la médecine comme modèle. La règle générale peut n'être pas la meilleure à utiliser dans un cas particulier,

« mais un médecin (...) traitera au mieux un individu s'il a une connaissance générale de ce qui est bon pour tous, ou pour d'autres individus du même genre: car les sciences (*epistēmē*) traitent de ce qui est universel, comme leur nom l'indique » (*EN* 1180b).

Or, dans le même passage, quelques lignes plus loin, la médecine est donnée comme exemple de professions impliquant des soins attentifs (*epimeleia*) et la *phronēsis* (*EN*, 1180b25). La médecine tire donc son efficacité productive en faveur de la santé à la fois de l'*epistēmē* et de la *phronēsis*.

Le lien entre la *tekhnē* médicale et la *phronēsis* est également lisible à propos de la bonne délibération : l'excellence délibérative est une forme de rectitude dans la délibération, qui signifie être correct dans le sens de parvenir à un certain bien, arriver à la bonne conclusion pour de bonnes raisons et au temps opportun (*EN* 1142b). Or ce qui est affirmé d'une manière générale sur l'excellence délibérative avait été attribué aussi à la médecine, en des termes vraiment similaires en *EN* 1104a :

« Or sur le terrain de l'action et de l'utile, il n'y a rien de fixe, pas plus que dans le domaine de la santé. Et si tel est le caractère de la discussion portant sur les règles générales de la conduite, à plus forte raison encore la discussion qui a pour objet les différents groupes de cas particuliers manque-t-elle également de rigueur, car elle ne tombe ni sous aucun art (*tekhnē*) , ni sous aucune prescription, et il appartient toujours à l'agent lui-même d'examiner ce qu'il est opportun de faire (*prattontas ta pros ton kairon skopein*), comme dans le cas de l'art médical (*iatrikēs*), ou de l'art de la navigation » (*EN* 1104a 4-9).

Dans le livre III, il est aussi clairement stipulé que la médecine (un modèle de *tekhnē*) suppose de prendre des décisions après avoir délibéré en raison d'un certain degré d'incertitude : les choses peuvent être modifiées par notre action mais les fins particulières ne peuvent être spécifiées à l'avance (*EN*, 1112b). Ceci vient déjà nuancer l'idée que le médecin a une idée préformée de la santé qui serait valable universellement, comme le passage commenté plus haut pouvait le faire penser. Le médecin ne travaille pas avec des vérités universelles fixes, invariables, universelles, mais doit toujours modifier le principe général pour l'adapter à la situation clinique particulière³⁵⁹. En réalité, *poiesis* et *praxis* ont en commun le raisonnement pratique.

³⁵⁹ PHILLIPS James, « Managed care's reconstruction of human existence... »,art.cit.

Il apparaît que le concept de *tekhnē* est ambigu chez Aristote lui-même : d'un côté, il l'emploie pour asseoir la notion d'activité qui, bien que n'émanant pas d'un savoir théorique comme les mathématiques, utilise néanmoins des règles qui peuvent être transmises, apprises et appliquées ; d'un autre côté la *tekhnē* est supposée décrire le type de savoir qui est individualisé et appris par l'expérience pratique (donc proche de la *phronēsis*)³⁶⁰. Il n'est donc pas fantaisiste d'affirmer que le livre VI a essentiellement pour but de donner une description précise des traits spécifiques de chaque vertu intellectuelle, mais autorise cependant à conclure que la médecine est concernée par les trois. Nous pourrions alors remonter à une conception large comme chez Platon. Le détour par Aristote était toutefois indispensable pour approfondir certains aspects, et nous consacrerons les lignes qui suivent à un abord plus exhaustif de la *phronēsis*³⁶¹.

2.4. La *phronēsis* d'Aristote pour la pratique médicale

Nous avons jusqu'à présent parlé de la *phronēsis* sous un angle essentiellement épistémologique. Mais il convient de lui accorder un développement plus grand, compte tenu de son importance dans le raisonnement pratique. Chez Héraclite, « *phronein*, *phronēsis* impliquent un 'penser' qui est attention soutenue à la réalité en ce qu'elle est en elle-même »³⁶². Chez Démocrite, elle joue un « rôle de challenger victorieux de la *tuchē* (hasard, fortune) », dont l'homme dispose pour mener sa vie³⁶³.

Dans l'*Ethique à Nicomaque* (*EN*) qui nous sert de point d'ancrage, la *phronēsis* concerne l'action qui suppose un choix préférentiel, combinaison d'un désir et d'une règle visant une fin (*EN* 1139a30)³⁶⁴. L'action porte sur des « choses qui peuvent être autres qu'elles ne sont » (*EN* 1140a2) et dont l'issue dépend au moins en partie de nous, car « on ne délibère jamais sur les choses qui ne peuvent pas être autrement qu'elles ne sont, ni sur celles qu'il nous est impossible d'accomplir » (*EN* 1140a33). Dans ce domaine de l'action délibérée, la *phronēsis* est une « disposition (...) capable d'agir dans la sphère de ce qui est bon ou mauvais pour un être humain » (*EN* 1140b5). C'est même la disposition adéquate pour ce qui touche la pratique. C'est la vertu de la raison pratique.

Quels en sont les contours ? Tout d'abord, « l'œuvre principale [du *phronimos*] est de bien délibérer » ; et « le bon délibérateur est l'homme qui s'efforce d'atteindre le meilleur des biens réalisables pour l'homme, et qui le fait par raisonnement » (*EN* 1141b10). Celui qui délibère est dans une recherche appliquée à une certaine chose (ce n'est pas une science, car on ne cherche pas les choses qu'on sait). La « bonne délibération, est rectitude – (*orthotes*, correction, justesse) – eu égard à ce qui est utile, portant à la fois sur la fin à atteindre – le but visé, la

³⁶⁰ SVENAEUS Fredrik, « Hermeneutics of medicine in the wake of Gadamer... », art.cit.

³⁶¹ Son importance sera revue dans les chapitres qui suivent, et notamment le chapitre XIII au titre du jugement pratique.

³⁶² RIZZERIO Laura, « Aspects de la *phronēsis* présocratique : Héraclite et Empédocle », in : Danielle LORIES, Laura RIZZERIO (dir), *Le jugement pratique...*, op.cit., p.60.

³⁶³ MOTTE André, « L'invention de la *phronēsis* par Démocrite », in : Danielle LORIES, Laura RIZZERIO (dir), *Le jugement pratique...*, op.cit., p.95.

³⁶⁴ Pierre Aubenque commence son ouvrage sur la prudence en indiquant que le même mot, *phronēsis*, désigne dans d'autres textes que l'*Ethique à Nicomaque*, un « savoir immuable de l'être immuable ». Nous ne nous arrêterons pas sur ce point, bien qu'il soit surprenant. Voir AUBENQUE Pierre, *La prudence chez Aristote*, op.cit., p.7 sq.

bonne manière d’y parvenir et la bonne temporalité » (EN 1142b28). La *phronēsis* est cette conception juste de ce qui convient en l’espèce pour réaliser la fin visée, une capacité d’évaluer ce qu’il serait opportun de faire dans une situation contingente.

Certaines composantes de la *phronēsis*, distinctes de la délibération, mais auxiliaires indispensables, sont nombreuses. Vaccarezza les nomme « *phronēsis*’s subexcellences »³⁶⁵. Aristote désigne par exemple la « justesse du coup d’œil (*eustokhia*) » (EN 1142b3). La sagesse pratique, à la différence d’une vertu donnée qui s’appliquerait toujours à une situation déterminée, consiste précisément dans l’évaluation et l’estimation des situations les plus variées. Il y a aussi « la vivacité d’esprit (*agkhinoia*) » qui est une capacité à saisir des enchaînements de causalité (EN 1142b5), et une vivacité de réaction : celui qui agit doit saisir le moment opportun (*kairos*) pour accomplir son geste³⁶⁶. A ces composantes de la *phronēsis*, il convient d’ajouter l’intelligence critique (*sunesis*) et la perspicacité (*eusunesia*) (EN 1143a7) qui permettent la perception juste du particulier, le bon sens dans le jugement (*gnome*) et une forme d’indulgence bienveillante (*suggnōmē*) qui sont la « correcte discrimination de ce qui est équitable » (EN 1143a20). Le tableau ne serait pas complet si on omettait une autre vertu intellectuelle, *nous*, la raison intuitive, qui appréhende le fait contingent « dans des raisonnements d’ordre pratique », c’est-à-dire la prémisse mineure dans un syllogisme pratique³⁶⁷, puisqu’ici ce sont « les cas particuliers qui servent de point de départ pour atteindre les universels » Nous devons donc avoir une perception (*aisthēsis*) des cas particuliers, et cette perception est raison intuitive – *nous* (EN 1143b5). Enfin, il faut encore qu’« il existe aussi une certaine puissance, appelée habileté (*deinoteta*), qui rend capable d’effectuer les actions permettant d’atteindre ce but » (EN 1144a25).

Art de bien délibérer, la *phronēsis* est « surtout connaissance des choses singulières et par là plus proche de la sensation que de la science au sens strict³⁶⁸ ». Aristote y insiste à plusieurs reprises, la *phronēsis* exige une connaissance du particulier et pas seulement des choses générales. Pourquoi ? « Car elle est de l’ordre de l’action, et l’action a rapport aux choses singulières » (EN 1141b15). La sagesse pratique étant de l’ordre de l’action, il en résulte qu’on doit posséder les deux sortes de connaissances, et de préférence celle qui porte sur le singulier. Par rapport à la loi générale qui serait valable pour tous les cas (EN 1141b28), l’application de l’action aux choses singulières est de l’ordre du décret (*psephisma*) qui doit être rendu dans une forme strictement individuelle, dans les cas d’espèce où « il est impossible de poser une loi (*nomos*), de telle sorte qu’un décret est indispensable » (EN 1137b27-29), décret souple qui

³⁶⁵ VACCAREZZA Maria Silvia, « An eye on particulars with the end in sight. An account on Aristotelian phronesis », *Metaphilosophy* 2018 ;49 (3) :246-261.

³⁶⁶ Par exemple, le clinicien *phronimos* identifie, au sein de la trame clinique dans laquelle il s’inscrit, la brèche temporelle qui seule rend sa décision appropriée et son action efficace. A quel moment opérer ? Jusqu’à quel point prolonger la « surveillance armée » d’un malade infecté, période nécessaire pour faire des prélèvements microbiologiques avant de débiter une antibiothérapie ? Il faut à la fois savoir attendre et savoir reconnaître le moment où il faut intervenir promptement, parce que les premiers indices de gravité clinique sont présents. (Pour ne pas alourdir le texte, nous n’avons pas illustré chaque particularité de la *phronēsis* par son correspondant en médecine).

³⁶⁷ Ou plutôt un syllogisme du faisable (*sullogismoi ton prakton*), c’est-à-dire des raisonnements qui portent sur des actes qu’on peut accomplir et qui « sont exprimables sous la forme de syllogismes », comme le précise Pierre-Marie MOREL, *Aristote, une philosophie de l’activité*, Paris, GF Flammarion, 2003, p.200.

³⁶⁸ LABARRIERE Jean-Louis, « Du *phronimos* comme critère de l’action droite chez Aristote », in : Danielle LORIES, Laura RIZZERIO (dir), *Le jugement pratique...*, op.cit., p.147.

« s'adapte aux affaires traitées » (EN 1137b32) comme la règle de plomb des architectes de Lesbos s'adapte aux contours de la pierre³⁶⁹. L'adaptabilité du critère à la situation contingente : voilà le recours auquel se fie le *phronimos*. Le cas particulier, auquel se confronte le *phronimos* a toujours un degré élevé d'indétermination ; (EN 1142 a26-27). Et « de ce qui est indéterminé, la règle aussi est indéterminée » (EN 1137b29)³⁷⁰.

En médecine, bien des aspects relèvent d'un savoir-faire codifié, somme des règles de l'art qui s'apprennent et se transmettent, mais la *phronēsis* reste nécessaire, car il y a en médecine, quantité de situations qui restent ouvertes à la délibération et au choix. Davantage, sa nécessité pratique tient avant tout à la contingence du cas particulier, malgré toutes les déterminations biologiques, culturelles, sociales, psychiques qu'on peut y attacher. Le particulier est le point de départ, il n'est pas abordé par déductions successives à partir du général³⁷¹. C'est parce que la médecine est ordonnée à l'homme malade lui-même, dans la singularité de son individuation malade, que les gestes et les paroles du médecin ne sont pas, en dernière instance, l'exécution d'un rôle programmable ni la seule mise en œuvre routinière d'un savoir-faire, et qu'ils requièrent aussi l'apport de la *phronēsis*³⁷². C'est la *phronēsis* qui rend le médecin capable d'ajuster ses connaissances et son expérience aux circonstances particulières de chaque patient. Ce qui distingue la *phronēsis* est qu'elle ne se limite pas à choisir une conduite sur la base d'une norme donnée, mais qu'elle établit la norme appropriée à la situation concrète. La sagesse pratique a pour tâche de sélectionner la règle qui convient au mieux à une circonstance particulière : « L'habileté nécessaire pour appliquer la règle est la même que celle qui, d'un autre côté, permet de pressentir la règle qu'il convient d'adopter dans l'occasion présente »³⁷³. La rencontre médicale a pour finalité le meilleur soin possible, non pas pour un individu en tant que membre quelconque de sa catégorie, mais pour un individu en tant que singleton, membre unique en son genre. Chaque acte médical doit franchir ce hiatus qui sépare la règle générale de son application à une situation particulière. La décision thérapeutique n'est pas application de la règle générale au cas qui tombe sous la règle, mais détermination d'un décret approprié, provisoire et unique pour la situation particulière et contingente, et qui n'est pas entièrement prescriptible à l'avance. C'est cela qui est attendu du médecin en terme de pratique orientée vers l'unique en son genre³⁷⁴.

³⁶⁹ Soulignons la proximité avec ce que Platon décrit comme rapport aux lois écrites du politique et du médecin.

³⁷⁰ Pour une étude du mot d'esprit Freudien, mais aussi de l'innovation en général, sous l'angle de la *phronēsis*, voir VIRNO Paolo, *Motto di spirito e azione innovativa*, op.cit. Nous lui sommes redevables du repérage textuel permettant la description fine de la *phronēsis*.

³⁷¹ VACCAREZZA Maria Silvia, « An eye on particulars with the end in sight. An account on Aristotelian *phronēsis* », art.cit.

³⁷² WEBER Jean-Christophe, *La consultation*, op.cit., p. 87.

³⁷³ VIRNO Paolo, *Motto di spirito e azione innovativa*, op.cit., p.25 et p.38. Virno souligne que Kant (*Critique de la faculté de juger*) et Wittgenstein (*Recherches philosophiques*) ont soutenu des positions très voisines.

³⁷⁴ C'est pourquoi nous n'avons ni repris ni discuté la sagesse pratique telle qu'en parle Paul RICOEUR, *Soi-même comme un autre*, op.cit. Il écrit par exemple, p.312 : « La sagesse pratique consiste à inventer les conduites qui satisferont le plus à l'exception que demande la sollicitude en trahissant le moins possible la règle ». Son propos est certes proche, mais il porte sur l'action morale (avec des exemples d'éthique médicale) et politique, alors que nous voulons embrasser l'ensemble de la pratique médicale. Il insiste sur le conflit entre plusieurs règles (qui ne manque pas de lisibilité, certes, y compris en médecine), alors qu'Aristote met l'accent sur l'indéterminé. Enfin et surtout, il ne s'agit pas de « trahir » une règle, mais de tracer une conjecture qui est l'application de la règle. Se servir vraiment de Ricoeur aurait nécessité d'entrer plus avant dans sa propre doctrine.

La *phronēsis* « est une disposition pratique, accompagnée d'*orthos logos*, d'un discours droit » (EN 1144 b27). Qu'est-ce qui garantit cette justesse ? Pour Aristote, rien d'extérieur à la *phronēsis* elle-même. On entrevoit alors le point le plus délicat : si les décisions appropriées en médecine ont quelque chose du « décret souple et non reproductible », on (collectivement) voudrait pouvoir éviter de s'en remettre à la seule vertu du praticien, laquelle est sans garantie, et on veut pouvoir consolider la pratique d'une autre manière, en la codifiant davantage par exemple. L'idéologie gestionnaire est aussi une menace. Nous en reparlerons à la fin du chapitre sur l'esthétique, car la *phronēsis* est une composante essentielle du beau travail.

Nous avons entrevu deux termes, *aisthēsis* et *empeiria*. L'expérience du médecin est connivence avec le réel. On peut reprendre, à propos de la *phronēsis* en médecine, ce que Dettiene et Vernant énoncent de la *mētis*, cette intelligence rusée qui traverse les écrits homériques :

« C'est cette connivence avec le réel qui assure son efficacité. Sa souplesse, sa malléabilité lui donnent la victoire dans les domaines où il n'est pas, pour le succès, de règles toutes faites, de recettes figées, mais où chaque épreuve exige l'invention d'une parade neuve, la découverte d'une issue (*poros*) cachée »³⁷⁵.

C'est pourquoi il ne s'agit pas d'une intuition native. On ne peut pas être jeune dans une pratique et déjà *phronimos*, car les

« faits particuliers, ne nous deviennent familiers que par l'expérience (*ex empeirias*), dont un jeune homme est toujours dépourvu (car c'est à force de temps que l'expérience s'acquiert) » (EN, 1142a14).

Le *Traité des Epidémies* du Corpus hippocratique fait l'inventaire des données que le médecin doit prendre en considération. La liste semble interminable³⁷⁶. Pour s'orienter dans ce monde de symptômes mouvants et de déterminations multiples, le médecin doit disposer de toutes « les ressources d'une intelligence aussi polymorphe que son adversaire protéiforme »³⁷⁷. Et en même temps, la pratique médicale se doit d'agir vite et sûrement. Comme le chasseur à l'affût, le médecin doit guetter le moment précis (*kairos*) où son intervention sera décisive. Mais il ne peut saisir l'occasion que s'il est suffisamment lesté de tout le savoir incorporé par l'expérience pour avoir deviné et pressenti le temps où surgira l'instant propice. La conjecture vise une précision, mais sa mesure « vous ne la trouverez ni dans un poids ni dans un nombre où vous puissiez rapporter et vérifier vos appréciations, elle réside uniquement dans la sensation (*aisthēsis*) du corps »³⁷⁸. Autrement dit, la manière dont s'exprime le savoir de

³⁷⁵ DETIENNE Marcel, VERNANT Jean-Pierre, *Les ruses de l'intelligence. La mētis des Grecs*, op.cit., p.29.

³⁷⁶ HIPPOCRATE DE COS, *De l'art médical*, trad. E Littré, Paris, Librairie Générale Française, 1994, p.374sq :

« la nature humaine universelle et la nature propre de chaque personne ; la maladie, le malade, les substances administrées, celui qui les administre et ce que l'on peut en conclure en bien ou en mal ; la constitution générale de l'atmosphère, et les constitutions particulières, sur les diversités du ciel et du lieu ; les habitudes, les régimes de vie, les occupations, l'âge de chacun, les paroles, les bannières, les silences, les pensées, les sommeils, les insomnies, les qualités, les moments des songes ; les gestes désordonnés des mains, les démangeaisons, les larmes ; les paroxysmes, les sels, les urines, les crachats et les vomissements ; la nature des maladies qui se succèdent les unes aux autres ; les dépôts annonciateur de ruine de crise ; la sueur, le refroidissement, le frisson, la toux, l'éternuement, le hoquet, les rots, les gaz silencieux ou bruyant, les hémorragies et les hémorroïdes » (Extrait du *Traité des Epidémies* ; OC II, 671).

³⁷⁷ DETIENNE Marcel, VERNANT Jean-Pierre, *Les ruses de l'intelligence. La mētis des Grecs*, op.cit., p.293.

³⁷⁸ HIPPOCRATE DE COS, *De l'art médical*, op.cit., p.170. Jouanna traduit ainsi cet extrait de l'Antienne Médecine (II, 590) : « Or il n'y a pas de mesure (*metron*) - pas plus du reste qu'un nombre (*arithmon*) ni un poids (*stathmon*) -, à

l'expérience est une sensation³⁷⁹. On songe à Wittgenstein quand il propose l'idée d'une évidence « impondérable » (en relève la subtilité du regard, des gestes et du ton)³⁸⁰.

Aristote ne dit pas autre chose quand il affirme que la « connaissance de ce qu'il y a de plus individuel [n'est pas objet de science mais] de perception (*aisthēsis*) » (EN, 1142a26). Cette connaissance est d'ailleurs la *phronēsis*. D'une part, cela rend compte du fait que les hommes d'expérience sont aguerris, car leurs perceptions se sont affinées. D'autre part, cela soulève un autre point délicat dans les réflexions contemporaines qui visent à sécuriser les pratiques : s'en remettre, au titre de meilleure garantie possible, à des perceptions, ne semble guère probant à l'heure de la reddition de comptes (*accountability*)³⁸¹. Dans la théorie économique néo-classique,

« celui qui fait confiance doit s'engager dans des opérations répétées de collecte d'informations sur les pratiques de celui qui le représente et qui intervient en son nom. Pas de confiance, donc, sans surveillance et sans évaluation de l'action de celui auquel on fait confiance »³⁸².

Nous retrouverons la place de l'*aisthēsis* dans l'étude du jugement (Chapitre X) et dans l'examen du raisonnement pratique (chapitre XIII).

E.3 LA TEKHNE, LE CONCEPT DONT NOUS AVIONS BESOIN

La *tekhnē* au sens large est le cadre conceptuel dont la médecine a besoin pour s'orienter en s'appuyant sur son propre exercice³⁸³. Il offre l'assise philosophique adéquate pour ce qui pourrait être autrement considéré comme une mixture improbable. Ce cadre semble le mieux armé à déjouer les paradigmes art / science, techniques instrumentales / relations humaines, savoir théorique / expériences concrètes, et même *poiesis* / *praxis*. Une fois ce camp de base établi, il est possible d'investir un certain nombre de questions posées par ou de défis lancés à la pratique médicale.

On peut se souvenir de quelques phrases de Claude Bernard qui restent actuelles :

« La médecine est un art, c'est évident ; elle est une science, c'est également incontestable. En effet, dans toutes les connaissances humaines, il y a à la fois de la science et de l'art. La science est dans la recherche des lois des phénomènes et dans la conception des théories ; l'art est dans l'application, c'est-à-dire dans une réalisation pratique en général utile à l'homme qui nécessite toujours l'action personnelle d'un

quoi l'on puisse se référer pour connaître ce qui est exact, si ce n'est la sensation du corps ». HIPPOCRATE DE COS, *L'ancienne médecine ; Œuvres complètes Tome II 1^{ère} partie*, trad. Jacques Jouanna, Paris, Les belles lettres, 2003, p.128.

³⁷⁹ Jouanna indique la division des interprètes sur le sens à accorder à *aisthēsis* : celle du médecin (comme nous l'avons présumé), ou celle du malade ? HIPPOCRATE DE COS, *L'ancienne médecine*, op.cit., p.174. Pigeaud par exemple estime que le corps sensible est celui du malade. PIGEAUD Jackie, « Quelques notes sur la rhétorique médicale », in : *La rhétorique médicale à travers les siècles*, Actes du colloque international de Paris, 9 et 10 octobre 2008, Genève, Droz, 2012, p.11.

³⁸⁰ WITTGENSTEIN Ludwig, *Recherches philosophiques*, op.cit., p.319.

³⁸¹ DUMEZ Hervé (dir), *Rendre des comptes. Nouvelle exigence sociétale*, Paris, Dalloz, 2008. Nous reviendrons sur ce point dans le chapitre XIII.

³⁸² KARPIK Lucien, *L'économie des singularités*, op.cit., p.85.

³⁸³ Reconnaissons qu'on aurait pu aussi reprendre à Gadamer l'idée d'une « forme particulière de science pratique », concept qui a lui aussi « disparu de la pensée moderne ». GADAMER Hans-Georg, *Philosophie de la santé*, op.cit., p.50.

individu isolé. Aussi le caractère de l'art est-il d'être éminemment personnel, non susceptible de se transmettre ; la science pure, au contraire, est impersonnelle et peut se transmettre à tous »³⁸⁴.

Ainsi, la *tekhnē* médicale, qui articule les deux, nécessite un savoir-faire avec le particulier, l'individu malade, mais ce savoir-faire ne peut ignorer ni la théorie, les connaissances générales, ni la pratique la plus tacitement incorporée par les *aisthēsis* formant l'*empeiria*. Et ce savoir-faire n'est pas destiné à une activité (poïétique ou praxique) standardisée, générique, il doit s'ajuster au particulier. Depuis Platon et Aristote, jusqu'à Canguilhem, c'est le nœud de la difficulté, non seulement à cause des limites de la connaissance, mais parce que l'individu n'est pas qu'un champ de forces physico-chimiques. C'est pourquoi le médecin a besoin de cultiver la *phronēsis*, et ne peut se contenter de savoirs théoriques du général. Nous l'avons vu en parlant de la réponse à la demande ou de l'individualisation des soins. Il en sera encore question plus loin à propos du jugement réfléchissant. A l'heure des crises qui la traversent, la médecine devrait pouvoir réaffirmer son statut épistémologique. Dans le champ freudien, certains ont affirmé l'abandon de toute catégorisation nosographique qui fabrique une typologie (« chez l'hystérique », « dans la paranoïa », etc., sont des expressions honnies) : sous couvert de décrire des structures héritées de la typologie freudienne – névrose, psychose, perversion –, ces catégories gommant en effet la singularité subjective³⁸⁵. Cet abandon – dont on ignore en réalité comment il « fonctionne » dans la pratique, car cela revient à se défaire de connaissances qui nous imprègnent³⁸⁶ – n'est pas sans intérêt dans la pratique médicale.

Une jeune femme est hospitalisée en raison d'une perte de poids inquiétante. L'aborder comme un cas d'anorexie mentale (et non comme un cas de dénutrition secondaire à une maladie de l'intestin) prévient de quelques errances thérapeutiques. Mais cela empêche le médecin de s'intéresser à son cas singulier : c'est Simone, Johanna, ou Claire qui est hospitalisée, qui occasionne le *casus*, ce qui tombe accidentellement et dont le médecin doit faire cas. Les catégories nosologiques mettent sur la voie, mais parfois sur des rails dont on ne peut bifurquer.

Dans la pratique médicale, il s'agit de se jouer aussi d'un autre paradigme : oui, les déterminations sociales et les catégories nosographiques doivent être connues et reconnues, non seulement parce qu'elles organisent les routines et les préjugés avec lesquels nous entretenons des rapports compliqués (ils sont une aide et une entrave), mais également parce qu'elles déterminent aussi la situation singulière, et donc qu'elles sont utiles pour s'orienter ; et il est tout aussi vrai qu'elles ne sauraient résumer à elles seules cette situation singulière. Chaque malade réalise sa modalité propre d'être atteint de diabète, d'insuffisance cardiaque, d'être amputé, anorexique, héroïnomanie, etc. Quand on dit qu'il la réalise, on n'entend pas seulement que le sujet garde une marge de manœuvre, que le champ des possibles n'est pas restreint au destin moyen de sa catégorie, bref que son devenir est en partie *son* affaire, mais aussi que les déterminations qui ne dépendent pas de ses choix, de sa liberté, de sa volonté, sont elles aussi

³⁸⁴ BERNARD Claude, *Principes de médecine expérimentale*, op.cit., p.221.

³⁸⁵ ALLOUCH Jean, « Perturbation dans l'émotion », *Littoral* 1988 ;26 : 63-86 ; ALLOUCH Jean, « Jacques Lacan démantelant sa propre clinique », *Recherches en psychanalyse* 2010 ; 10 (2) : 213-219.

³⁸⁶ Sans compter qu'au nom de la singularité, certains négligent les déterminations sociales et politiques (par exemple, que les violences conjugales ne sont pas détachables de l'oppression de genre, tout en proposant d'autres généralisations, métapsychologiques). Sur ce point crucial voir par exemple LAUFER Laurie, AYOUCHE Thamy, « Violences conjugales, famille, vulnérabilité », *Topique* 2018/2 ; 143 : 151-167.

individuéés et s'actualisent de manière singulière : rares sont les maladies dont le mode d'expression reproduit la forme commune telle qu'elle apparaît dans les traités de pathologie ; rares sont les malades dont le traitement peut se contenter des règles génériques. Nous reviendrons sur ce point en parlant d'esthétiser sa pratique (Cf. chapitre X). Autrement dit, affirmer que la clinique est individuelle n'est pas une pétition de principe humaniste qui lutterait pied à pied contre une médecine standardisée, c'est avant tout reconnaître que la *tekhnē* véritable est vouée au particulier dans toutes ses dimensions, y compris les moins « subjectives ».

Aisthēsis, empeiria, praxis, phronēsis : le cœur de la pratique médicale apparaît-il finalement infra-technique? N'est-ce pas cette dimension, délicate, fragile, qui se trouve frappée d'un oubli « pris en son sens freudien » ? Mais n'est-ce pas *la* méthode appropriée pour faire la jonction entre les sciences biologiques et le traitement du particulier ? Le jugement médical est opérateur d'art et de science, l'intermédiaire entre sensations et science – ou plutôt leur alliage qui n'est paradoxal que par méconnaissance de ce qu'est véritablement une pratique. Ainsi, si faire usage des *aisthēsis* (mais aussi des émotions ou de l'empathie) permet de mieux connaître le malade, cet usage sera une composante à part entière de la *tekhnē*, et pas un simple accessoire que seul le devoir général d'humanité imposerait à une technique impersonnelle mais auto-suffisante.

Ce « statut épistémologique » de *tekhnē*, au sens où nous l'avons établi, permet de faire droit à ce qui *a lieu* dans la pratique – et qui ne s'accorde pas bien avec l'épistémologie positiviste qui *enforme* l'idéologie spontanée de la plupart des médecins –, sans devoir basculer dans d'autres systèmes de pensée (de la mouvance *new-age* notamment). Ce qui *a lieu*, nous l'avons décrit dans la première partie, sollicite le praticien à soigner un corps vécu et parlant, pris dans une histoire, dans des expériences sociales, traversé par le langage. D'aucuns le formulent ainsi :

« La dimension socio-morale est toujours présente dans chaque rencontre clinique. Ceci signifie que les professionnels médicaux ont une obligation particulière de créer des situations où il est possible pour les patients de se présenter eux-mêmes comme sujets ayant leur intégrité et des opinions légitimes, et ceci signifie que la recherche, qui ne prend pas en compte les êtres humains comme des sujets incarnés véhiculant et produisant du sens, risque de générer des savoirs solides mais sans pertinence »³⁸⁷.

Plutôt que de dire que l'épistémologie médicale est insuffisante ou fautive, et qu'elle devrait être complétée par des ajouts, il convient de la déterminer de telle sorte qu'elle soutienne la pratique effective : le moins qu'on soit en droit d'exiger est qu'elle soit à même de penser *ensemble* les dimensions objectives et subjectives de la maladie. La notion de *tekhnē* permet selon nous de ne pas mettre en concurrence une épistémologie scientifique et une philosophie du soin : l'épistémologie dont la pratique a besoin doit intégrer ce que défend la philosophie du soin dans le champ de la médecine, à savoir « la prise en compte de la subjectivité et de l'individualité des patients »³⁸⁸. Frédéric Worms propose la perspective d'une dualité du soin, technique et relation : on soigne « quelque chose, un besoin ou une souffrance isolable comme

³⁸⁷ KIRKENGEN Anna Luise, THORNQUIST Eline, « The lived body as a medical topic... », art.cit.

³⁸⁸ LEFEVE Céline, « De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical », art.cit.

telle et que l'on peut traiter », mais on soigne aussi « quelqu'un, et tout soin comporte dans son concept même une dimension intentionnelle et même relationnelle »³⁸⁹. L'opposition entre soin relationnel, global, intégratif, thérapeutique, fondé sur un lien expressif, et soin thérapeutique, partiel, dissociatif, fondé sur un lien cognitif ou technique – pour reprendre les termes de Worms³⁹⁰ – ne manque certes pas de visibilité, particulièrement quand le second se détache du premier, mais la puissance rhétorique de l'opposition entre deux modèles du soin, qui se redouble d'une « lutte interne et sans relâche » entre deux directions morales³⁹¹, oblige presque à l'exploiter pour la surmonter. Or elle doit l'être.

Dans cette perspective, reprise par Céline Lefève, d'une « *unité duale* de la médecine », la philosophie du soin intègre alors les oppositions paradigmatiques (objectif/subjectif ; science/art ; traitement/accompagnement), mais la dualité est également celle des fins, comme pour la philosophie du soin en général (au-delà de la médecine) : l'individuation (thérapie) et la justice (accompagnement)³⁹². L'enjeu est bien ici aussi l'unité, à partir d'une description duale ou duelle dont son article est émaillé : « double finalité », « double exigence morale », « écueil éthique et politique double », « soin doublement vital », « double orientation éthique du soin », « dualisme opérationnel », « double entente nécessaire », « double polarité de la relation », à quoi fait écho l'oubli du « pouvoir de dédoublement propre au médecin »³⁹³. Mais si, comme Worms le souligne d'ailleurs, « devant un homme ou une femme malade à qui l'on parle, *tout se tient* », en tant que réellement vital, des « gestes les plus matériels » jusqu'au maintien, dans la relation, de la justice « mais aussi [du] savoir, [de] la culture ou [de] l'art »³⁹⁴, il me semble que cette unité vitale que le médecin doit prendre en compte dans son action est mieux reflétée par l'entrelacs de la *tekhnē* que par une dualité qui se trouverait en tension conflictuelle à cause d'une « différence de principe » et de priorité³⁹⁵. Quand un médecin s'attelle au problème posé par un malade, il use d'une quantité de pratiques épistémiques et d'astuces de manière à le saisir dans sa propre actualité vitale, pas simplement comme un obstacle technique³⁹⁶. Il n'y a ici en réalité ni différence de principe, ni conflit de priorité. Notre propre enquête vise, en intension, à en décrire par fragments – tout embrasser à la fois est impossible – la réalité au cœur concret de la pratique. Nous ne pouvons pas toujours résister à la figure du double qu'installe tout paradigme. Mais elle a l'inconvénient de susciter l'idée d'un tiraillement (le médecin tel l'âne de Buridan) ou d'une opposition fût-elle dialectique, alors que la pratique nous met davantage, me semble-t-il, aux prises avec une multiplicité de fils qui sont autant d'aspects par lesquels une situation clinique peut être décrite, analysée, et autant de prémisses à intégrer dans une décision. Enchevêtrement, entrelacs, dont le pendant imaginé est plutôt celui de l'*apeiron* au sein duquel une conjecture doit être risquée, qui n'est pas surmontement de

³⁸⁹ WORMS Frédéric, *Le moment du soin ; à quoi tenons-nous ?*, Paris, Presses Universitaires de France, « Ethique et philosophie morale », 2010, p.21.

³⁹⁰ WORMS Frédéric, *Le moment du soin ; à quoi tenons-nous ?*, op.cit., p.30.

³⁹¹ WORMS Frédéric, *Le moment du soin ; à quoi tenons-nous ?*, op.cit., p.33.

³⁹² LEFEVE Céline, « De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical », art.cit.

³⁹³ Ibidem.

³⁹⁴ WORMS Frédéric, *Le moment du soin ; à quoi tenons-nous ?*, op.cit., p.36.

³⁹⁵ Ibid., p.22.

³⁹⁶ VAN LEEUWEN Evert, KIMSMA Gerrit K., « Philosophy of medical practice : a discursive approach », art.cit.

l'opposition dialectique, unité duale réussie, mais détermination d'une trajectoire mal assurée, et toutefois nécessaire.

La *tekhne* se rend visible par les gestes de la pratique. La première image qui vient à l'esprit quand on parle de gestes est peut-être celle de mouvements ordonnés et finalisés : on pense notamment au chirurgien qui opère, ou au radiologue interventionniste qui débouche une artère avec un petit ballonnet gonflable, au réanimateur du Samu qui ressuscite un mourant, au rhumatologue qui fait une manipulation vertébrale, etc. Mais les gestes de soin du médecin ne se résument pas aux actes qui mobilisent la dextérité manuelle qu'offre une expérience de longue haleine. Il faut y inclure aussi les gestes rituels et socialement convenus de la consultation, qui contribuent à façonner son espace narratif et les interactions subjectives qui s'y déroulent ; et encore les gestes spécifiques du métier qui construisent une certaine manière de scruter et d'interroger la réalité, c'est-à-dire d'écouter le discours de la plainte, d'ausculter et toucher le corps, de supporter le transfert, d'ordonner des remèdes. Lain Entralgo parle par exemple d'une « chirotechnique, ou art d'utiliser les mains », pour palper un corps malade avec assez d'amour pour que le patient puisse se dire « on me caresse, donc je vaux »³⁹⁷. N'est-ce pas – dans un simple geste appartenant à l'ordinaire de la clinique – l'illustration d'un entrelacs d'aspects esthétiques, techniques, affectifs, éthiques ? La visée diagnostique du recueil des signes physiques n'atteint pas le niveau exigible de qualité instrumentale sans tenir compte de toute la portée du geste. Il faut enfin ajouter, métaphoriquement, le geste de la raison pratique. Mais surtout il ne faut pas omettre d'inclure ce que l'on pourrait appeler le « geste de la parole même ». Tous ces gestes sont pour la plupart lentement incorporés dans l'habitus médical. A vrai dire, comme dans d'autres pratiques d'exécution comme le jeu des acteurs, la *tekhne* médicale atteste la « communauté indéfectible » des gestes et des paroles, du parler et de l'agir, de la sémantique et de la mobilité corporelle³⁹⁸. Nous verrons comment ce cadre de la *tekhne* intègre aisément le jugement réfléchissant, le raisonnement pratique, la *mêtis*³⁹⁹, l'*illusio* et l'*habitus*⁴⁰⁰. Considérée comme une *tekhne* – au sens large –, la médecine est à même de relever les défis contemporains en ressaisissant son propre cadre conceptuel⁴⁰¹.

³⁹⁷ LAIN ENTRALGO Pedro, *Le médecin et le malade*, op.cit., p.188.

³⁹⁸ VIRNO Paolo, *L'usage de la vie...*, op.cit., p.40-45. Il prend appui sur Stanislavski et sur Wittgenstein.

³⁹⁹ DETIENNE Marcel, VERNANT Jean-Pierre, *Les ruses de l'intelligence. La mêtis des Grecs*, op.cit.

⁴⁰⁰ BOURDIEU Pierre, *Raisons pratiques ; sur la théorie de l'action*, op.cit.

⁴⁰¹ HOFMANN Bjorn, « Medicine as *tekhne* – a perspective from antiquity », art.cit.

CHAPITRE IX. DE LA *TEKHNE* A L'EXPERIENCE - EXPERIENCE, EXPERIMENTATION, EXPERTISE

« Je n'étais parfois pas en état de dire si j'étais malade ou bien portant »

Lichtenberg¹

« Peut-on apprendre à connaître les hommes ? Certains le peuvent. Non en suivant des cours, mais par l'« expérience ». (...) On n'apprend pas une technique, mais des jugements pertinents. Il y a aussi des règles, mais elles ne forment pas un système, et seul l'homme d'expérience peut les appliquer à bon escient. A la différence des règles de calcul ».

Wittgenstein².

¹ LICHTENBERG Georg Christoph, *Le miroir de l'âme*, trad. Charles Le Blanc, Paris, José Corti, 1997, p.420.

² WITTGENSTEIN Ludwig, *Recherches philosophiques*, op.cit., II, p.318.

La sémiologie et la clinique dans son ensemble confrontent au hiatus entre l'expérience vécue du malade et les perceptions du médecin, elles aussi façonnées par son expérience.

L'expérience du médecin est un des trois piliers de la décision médicale dans la présentation officielle d'EBM (Cf. chapitre IV). Or une de ses raisons d'être était précisément de pallier les défauts d'une expérience dont la valeur est de plus en plus contestée aujourd'hui, notamment dans les discours assurant la promotion de l'intelligence artificielle en médecine. Par contraste, on valorise de plus en plus l'expérience du patient, dont on n'attend pas tant un récit édifiant qu'un enseignement utile à ses pairs¹, notamment à travers l'émergence des patients-experts. Dans la controverse art/science, l'expérience (du praticien) est rangée du côté de l'art, qui n'a pas la noblesse et la consistance du savoir scientifique. Or Aristote en faisait une étape indispensable vers la *tekhnē*, et Bernard un fruit des observations répétées. Dans les représentations des médecins et des profanes, la science est plutôt du côté de l'usage des biotechnologies, des essais cliniques, des laboratoires de l'Inserm, alors que la clinique s'en trouve passablement éloignée. Pourtant Canguilhem avait montré la proximité entre thérapie et expérimentation.

Ces considérations disparates peuvent être rassemblées. Si nous avons, au chapitre précédent, abordé le problème du point de vue de la consistance épistémologique de la clinique, nous voulons prolonger ici notre enquête en explorant davantage la notion d'expérience. Même si le terme commun d'expérience revêt des significations différentes, il y a peut-être, de l'expérience vécue à l'expertise, d'autres liens à tisser. Peut-on donner davantage de consistance à cette proposition : la clinique médicale est une pratique expérimentale ? Quel savoir tirer d'une expérience vécue telle que le malade en fait le récit dans le laboratoire expérimental qu'est la rencontre clinique ? Que peut-on attendre du patient-expert ? Notre parcours nous conduira à proposer de passer de l'expérience vécue à l'expérience réalisée par l'expérimentation, que ce soit pour le médecin ou pour le malade.

Placer notre réflexion sous les auspices de Claude Bernard peut paraître surprenant car elle prendra à rebours, sinon Claude Bernard lui-même, du moins le sens commun qui oppose d'une part la science, ou les sciences, comme lieu propre à l'expérimentation et comme lieu privilégié voire unique de l'expérimentation, et d'autre part la clinique. Nous entendons, dans les lignes qui suivent, non pas explorer une autre manière de déjouer cette opposition que celle du modèle de la *tekhnē*, mais plutôt enfoncer le même clou, en approfondissant la place de l'expérience dans ce modèle, et en redonnant au médecin des arguments pour revaloriser le quotidien de la clinique s'il en déplore l'éloignement de la science. Aujourd'hui ce rapprochement passerait par la « médecine translationnelle », qui organise des allers-retours entre le lit du malade et la paillasse du laboratoire dans la dynamique générale de la médecine de précision : mais la représentation dominante qu'elle véhicule est celle de sciences qui doivent entourer la médecine de plus en plus près – au risque de la supplanter – et pas d'une « science médicale ». La médecine translationnelle accomplit un des vœux d'EBM, celui de faire entrer la science dans le cabinet médical. Nous soutiendrons qu'elle s'y trouve déjà : la clinique est son laboratoire spécifique.

¹ Et utiles aussi aux médecins. Des recommandations tenant compte des « savoirs-patients » commencent à apparaître.

A. LA CLINIQUE MEDICALE COMME PRATIQUE EXPERIMENTALE

Dans un premier temps, nous nous appuyons sur l'*Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* de Claude Bernard, ouvrage de 1865 dont Bergson dira en 1913, qu'il est « un peu pour nous ce que fut, pour le XVII^e et le XVIII^e siècles, le *Discours de la Méthode*² ». Canguilhem, qui consacre quatre études à Claude Bernard, insiste sur ce point : Bernard décrit une méthode qu'il a d'abord expérimentée lui-même avant d'en dresser la théorie. Ainsi, par exemple : « l'enseignement de Claude Bernard c'est que la méthode n'est pas susceptible d'être formulée séparément des recherches dont elle est issue », ce pour quoi il faudrait lire l'*Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* dans un sens rétrograde³.

Comment entendons-nous ce titre : « Introduction à l'étude de la médecine expérimentale » ? L'adjectif « expérimentale » qualifie la médecine. Barthes dit de l'adjectif qu'il est une marchandise et que « dans bien des domaines, on débat et on décide de la valeur (marchande) du prix d'un objet, d'un service, en fonction des adjectifs qu'on lui applique »⁴. Chez Bernard, il est clair que la médecine expérimentale est une médecine qui sort de l'arriération où elle était plongée. La médecine expérimentale se détache selon lui, tout en conservant quelques acquis, de la médecine expectante hippocratique et de la médecine activiste empirique. Le qualificatif introduit une partition dans le genre, entre deux ou plusieurs espèces de médecine. C'est un adjectif laudateur qui sert un propos normatif. L'idéal, c'est la médecine expérimentale, qui a su tirer parti des sciences physico-chimiques, et que Bernard entend mener vers sa voie scientifique définitive, grâce à une nouvelle méthode – la physiologie – plus adéquate encore pour étudier les êtres vivants. L'adoption graduelle de la « méthode d'investigation commune aux sciences expérimentales »⁵ permettra à la médecine d'abandonner progressivement les systèmes et les doctrines, qui servent fallacieusement de prémisses générales à des déductions certes logiques, mais sans vérifications. Notons au passage la continuité avec la médecine saluée dans l'*Encyclopédie* de Diderot et d'Alembert : une médecine qui fait valoir l'expérience et lutte contre les dogmatismes⁶. Aux systèmes Bernard oppose des théories produites par induction, toujours provisoires et révisables par l'adjonction de nouveaux faits – ce pourquoi nous faisons le rapprochement avec la *tekhne* du livre A de la *Métaphysique* –, le seul postulat axiomatique non discuté étant le déterminisme des phénomènes, observés ou produits, auxquels la méthode expérimentale s'efforce de rattacher des causes prochaines. Les causes premières, qui relèvent de la métaphysique, restent en dehors du domaine de la science bernardienne.

La voie royale est donc la voie expérimentale, qui est « l'application immédiate et rigoureuse du raisonnement aux faits que l'observation et l'expérimentation nous fournissent »⁷.

² BERGSON Henri, *La pensée et le mouvant*, Paris, Félix Alcan, 1937, p.237.

³ CANGUILHEM Georges, « Théorie et technique de l'expérimentation chez Claude Bernard », art.cit. Voir aussi CANGUILHEM Georges, « L'idée de médecine expérimentale selon Claude Bernard », art.cit.

⁴ BARTHES Roland, *Le Neutre*, op.cit., p.88.

⁵ BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, op.cit., p.25.

⁶ BARROUX Gilles, *La médecine de l'Encyclopédie...*, op.cit., p.25-6. La problématique est ancienne. Galien reconnaissant deux sectes médicales principales : les empiriques et les dogmatiques. GALIEN Claude, *Oeuvres anatomiques, physiologiques et médicales Tome II*, op.cit., p.376 sq.

⁷ BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, op.cit., p.26.

En réalité, Bernard expose une sorte de dialectique entre idées, faits et raisonnement. La première observation peut être fortuite et passive, mais ensuite tout s'enclenche, par l'opération du raisonnement qui cherche à produire de nouveaux faits en pratiquant une expérience, faits au-devant desquels une théorie à la fois se propose pour les construire et s'expose pour s'en trouver éventuellement révisée. Ingold invoque quelque chose d'analogue pour l'anthropologue :

« Apprendre à apprendre (...) suppose de mettre entre parenthèses toutes les idées préconçues qui risqueraient de donner prématurément une forme prédéfinie à leurs observations. Apprendre à apprendre exige de pouvoir convertir toute certitude en question, et de n'attendre de réponse qu'en prêtant attention à ce qui se tient devant nous »⁸.

Deux particularités de la médecine peuvent expliquer son retard sur la physique et la chimie : la complexité des phénomènes et les difficultés d'investigation. Mais c'est le même raisonnement à l'œuvre, et sa justesse dépend de deux choses : l'exactitude des notions qu'il emploie, et la précision des faits. Par quoi on entrevoit l'idée d'une science qui ne cesse de progresser, au fur et à mesure que les notions et les faits sont plus précis. Mais il s'en déduit aussi que la base pratique et la partie exécutive de la méthode résident toutes deux dans l'expérimentation, que Bernard qualifie d'art (sic !), celui « d'obtenir des expériences rigoureuses et bien déterminées »⁹.

Et « art » n'est pas un hapax, bien au contraire : l'expérimentateur, en plus d'être un théoricien rigoureux, doit « posséder d'une manière complète l'art d'instituer les faits d'expérience, qui sont les matériaux de la science »¹⁰.

Au paradigme observation passive/expérimentation active, Bernard substitue un autre paradigme : investigation (activité de l'esprit et des sens, à la fois dans l'observation et les expériences) et art du raisonnement (logique). Et si l'expérimentation consiste généralement à introduire volontairement une variation, un trouble, ceux-ci peuvent aussi être fournis par la maladie, sans intervention de l'expérimentateur.

Les « lésions pathologiques (qui) sont de véritables expériences dont le médecin et le physiologiste tirent profit, sans que cependant il y ait de leur part aucune préméditation pour provoquer ces lésions qui sont le fait de la maladie. (...) La médecine possède de véritables expériences, bien que ces dernières soient spontanées et non provoquées par le médecin »¹¹.

L'intentionnalité qui importe est celle du jugement, de la comparaison, du contrôle, davantage que celle de l'introduction du trouble. Nous commençons à comprendre comment la clinique est déjà potentiellement un espace d'expérimentation, à partir des variations « spontanées » que fournit l'état de maladie.

⁸ INGOLD Tim, *Faire : anthropologie, archéologie, art et architecture*, Editions Dehors, 2017, p.21.

⁹ BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, op.cit., p.27.

¹⁰ Ibidem. Mutatis mutandis, il reprend à sa manière des propos qu'on trouve déjà dans le Livre A de la *Métaphysique* d'Aristote: la vue est la plus propice des sensations pour servir à constituer une expérience (*empeiria*), laquelle se constitue en *tekhne* lorsque s'y applique un raisonnement inductif. Nous avons mentionné plus haut les proximités entre ces deux textes.

¹¹ BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, op.cit., p.38.

Mais nous n'avons pas encore légitimé pleinement notre proposition initiale : la clinique *est* une pratique expérimentale. Voici quelques arguments pour l'étayer, toujours cueillis chez Claude Bernard. Quand on parle de « l'expérience du médecin », ou d'un médecin « qui a de l'expérience », on

« exprime l'instruction qu'il a acquise par l'exercice de la médecine. (...) C'est par extension qu'on nomme expériences (au pluriel) les « faits qui nous fournissent cette instruction expérimentale des choses »¹².

« Quand on parle d'une manière concrète, et quand on dit faire des expériences ou faire des observations, cela signifie qu'on se livre à l'investigation et à la recherche, que l'on tente des essais, des épreuves, dans le but d'acquérir des faits dont l'esprit, à l'aide du raisonnement, pourra tirer une connaissance ou une instruction »¹³.

Donc exercer la médecine, c'est faire des expériences, acquérir de l'expérience c'est instruire les faits et se laisser instruire par les faits. Gadamer parle à ce propos d'un « savoir qui ne devient expérience qu'une fois qu'il a été assimilé dans la conscience pratique de l'homme agissant »¹⁴.

Faire des observations c'est donc se livrer à la recherche. L'observation médicale peut entrer dans ce cadre car l'observation c'est d'abord « la constatation exacte d'un fait à l'aide de moyens d'investigation et d'études appropriées », et par extension les faits constatés¹⁵.

L'observation joue un rôle d'appui pour le raisonnement qui prépare l'expérience :

« Quand on dit *s'appuyer sur l'observation et acquérir de l'expérience*, cela signifie que *l'observation* est le point d'appui de l'esprit qui raisonne, et *l'expérience* le point d'appui de l'esprit qui conclut ou mieux encore le fruit d'un raisonnement juste appliqué à l'interprétation des faits »¹⁶.

L'expérience acquise est le fruit de cette dynamique observation-raisonnement-expérience :

« L'observation est donc ce qui montre les faits ; l'expérience est ce qui instruit sur les faits et ce qui donne de l'expérience relativement à une chose. Mais comme cette instruction ne peut arriver que par une comparaison et un jugement, c'est-à-dire par suite d'un raisonnement, il en résulte que l'homme seul est capable d'acquérir de l'expérience et de se perfectionner par elle »¹⁷.

Tout ceci peut s'appliquer point par point à la clinique médicale : on se livre à l'investigation par l'anamnèse et l'examen physique, dans le but d'acquérir et de produire (Cf. artifice du stéthoscope) des faits dont l'esprit, à l'aide du raisonnement clinique, pourra tirer une connaissance (le diagnostic). Les faits d'observation sont suivis d'une expérience qui les instruit (ex : test d'une hypothèse par un examen complémentaire, comparaisons avec la littérature, avec des cas similaires). Multiplier les observations et les expériences fait acquérir une expérience, et celle-ci rend plus apte à expérimenter :

« Un vieux médecin qui a souvent administré les médicaments et qui a beaucoup traité de malades, sera plus expérimenté, c'est-à-dire expérimentera mieux sur ses

¹² Ibid., p.39-40.

¹³ Ibid., p.40.

¹⁴ GADAMER Hans-Georg, *Philosophie de la santé*, op.cit., p.11.

¹⁵ BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, op.cit., p.40.

¹⁶ Ibidem (italiques de l'auteur).

¹⁷ Ibidem.

nouveaux malades parce qu'il s'est instruit par les expériences qu'il a faites sur d'autres. Le chirurgien qui a souvent pratiqué des opérations dans des cas divers s'instruira et se perfectionnera expérimentalement. Donc, on le voit, l'instruction n'arrive jamais que par l'expérience ».¹⁸

Qu'est-ce qui distingue alors la clinique du laboratoire de médecine expérimentale ?

« Il y a d'abord une sorte d'instruction ou d'expérience inconsciente et empirique, que l'on obtient par la pratique de chaque chose. Mais cette connaissance que l'on acquiert ainsi n'en est pas moins nécessairement accompagnée d'un raisonnement expérimental vague que l'on se fait sans s'en rendre compte, et par suite duquel on rapproche les faits afin de porter sur eux un jugement. L'expérience peut donc s'acquérir par un raisonnement empirique et inconscient ; mais cette marche obscure et spontanée de l'esprit a été érigée par le savant en une méthode claire et raisonnée, qui procède alors plus rapidement et d'une manière consciente vers un but déterminé ».¹⁹

Autrement dit, la simple répétition d'une pratique est déjà une source de connaissance empirique, et même une pratique (quasi) expérimentale, quoiqu'obscur, spontanée et inconsciente. Expérimenter, c'est avant la méthode bernardienne, « attendre un enseignement des gestes dont on a pris l'initiative »²⁰. Faire de la clinique rigoureusement, n'est-ce pas alors passer de l'ombre à plus de clarté ?

Mais le clinicien investigateur est-il un observateur ou un expérimentateur ?

« On donne le nom d'*observateur* à celui qui applique les procédés d'investigation simples ou complexes à l'étude de phénomènes qu'il ne fait pas varier et qu'il recueille, par conséquent, tels que la nature les lui offre. On donne le nom d'*expérimentateur* à celui qui emploie les procédés d'investigation simples ou complexes pour faire varier ou modifier, dans un but quelconque, les phénomènes naturels et les faire apparaître dans des circonstances ou dans des conditions dans lesquelles la nature ne les lui présentait pas. Dans ce sens, *l'observation* est l'investigation d'un phénomène naturel, et *l'expérience* est l'investigation d'un phénomène modifié par l'investigateur ».²¹

De toutes les manières, ce qui compte pour l'observateur, c'est d'aller au-delà du simple constat et de raisonner, sans quoi il n'y aurait pas de sciences d'observation. En dehors d'un protocole d'expérimentation, ou d'un essai thérapeutique, on pourrait spontanément voir dans le clinicien un *observateur* plutôt qu'un *expérimentateur*. Mais ce serait oublier que le dispositif même de la consultation médicale, ou celui de l'hospitalisation, ne sont pas des conditions naturelles mais artificielles. Foucault²² et d'autres ont mis l'accent sur cet aspect²³. D'autre part prescrire un médicament c'est bien introduire une variation dans les phénomènes naturels et étudier les modifications qui s'ensuivent.

Quand bien même on voudrait situer le clinicien du côté de l'observation et le physiologiste du côté de l'expérimentation, les deux

¹⁸ Ibid., p.152.

¹⁹ Ibid., p.41 (nous soulignons).

²⁰ CANGUILHEM Georges, « Thérapeutique, expérimentation, responsabilité », art.cit., p. 383-91.

²¹ BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, op.cit., p.44-5 (italiques de l'auteur).

²² FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique*, op.cit.

²³ Ici encore, le parallèle avec l'art de l'enquête qu'Ingold décrit pour la démarche anthropologique est frappant. « Dans l'art de l'enquête (...) chaque mise en oeuvre est une expérimentation (...) au sens d'un éclaircur qui fraye un chemin et poursuit sa route pour voir où elle le conduit. Expérimenter, c'est tenter certaines choses et observer ce qui arrive ». INGOLD Tim, *Faire...*, op.cit., p.32.

« sont des investigateurs qui cherchent à constater les faits de leur mieux et qui emploient à cet effet des moyens d'étude plus ou moins compliqués, selon la complexité des phénomènes qu'ils étudient. Ils peuvent, l'un et l'autre, avoir besoin de la même activité manuelle et intellectuelle, de la même habileté, du même esprit d'invention, pour créer et perfectionner les divers appareils ou instruments d'investigation qui leur sont communs pour la plupart. Chaque science a en quelque sorte un genre d'investigation qui lui est propre et un attirail d'instruments et de procédés spéciaux »²⁴.

Tirons quelques conséquences de ces rappels bernardiens :

Le médecin clinicien peut être un scientifique expérimentateur digne des exigences de Claude Bernard s'il prend soin de ses instruments d'investigation, pour se prémunir contre les erreurs d'observation. Être soucieux de la qualité des instruments, ce n'est pas seulement vérifier que son stéthoscope ne soit pas bouché et que le tensiomètre soit bien calibré. C'est se soucier de sa disposition à être un bon observateur : se former, notamment en multipliant les observations qui sont ensuite passées au crible de l'expérimentation, mais aussi se former à l'écoute du malade, laquelle constitue un genre d'instrument, et même introduit une variation dans les phénomènes naturels. On peut hésiter à considérer sa propre personne comme un instrument²⁵. Peut-être que le terme d'usage, à la racine de la *poiesis* comme de la *praxis*, convient mieux. Avoir le souci de l'usage qu'on fait de soi dans une pratique, est un usage au second degré²⁶.

On ne peut tirer parti des détails des procédés pour arriver à « vraie science » qu'en allant soi-même au charbon. Comme le dit Bernard, il faut passer par « une longue et affreuse cuisine », pour parvenir au « salon superbe tout resplendissant de lumière »²⁷. On ne peut accéder au savoir codifié qu'en traversant soi-même l'expérience. Le traité de l'*Ancienne Médecine* recommandait au médecin, pour atteindre une connaissance générale utile, « d'étudier la nature humaine » en recherchant soigneusement les rapports de l'homme « avec tout son genre de vie, et quelles influences chaque chose exerce sur chacun »²⁸.

Le problème posé au clinicien est d'une très grande complexité, mais cela ne doit pas être un frein, au contraire ce doit être une incitation à investiguer et expérimenter : on « gagne toujours à expérimenter », même si c'est en tâtonnant, en se dirigeant « d'après une sorte d'intuition » guidée par les « probabilités que l'on apercevra ». Même quand le sujet « complètement obscur et inexploré », il faut essayer de « pêcher en eau trouble, (...) faire des *expériences pour voir* ». Donc, dans ces cas où on expérimente à tâtons, on cherche néanmoins à « provoquer une observation (...) dans le but de faire naître une idée »²⁹. Inutile de préciser que, vues à l'aune

²⁴ BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, op.cit., p.42. C'est dans cette optique (« un genre d'investigation qui lui est propre ») que Freud situe la psychanalyse dans *La question de l'analyse profane*. FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », op.cit., p.1-92. (voir plus haut dans ce chapitre).

²⁵ Freud utilisait cette métaphore dans ses conseils aux médecins : l'analyste doit « tourner vers l'inconscient émetteur du malade son propre inconscient en tant qu'organe récepteur, se régler sur l'analysé comme le récepteur du téléphone est réglé sur la platine ». FREUD Sigmund, « Conseils aux médecins sur le traitement analytique », art.cit.

²⁶ VIRNO Paolo, *L'usage de la vie...*, op.cit., p.13 et 31.

²⁷ BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, op.cit., p.44.

²⁸ HIPPOCRATE DE COS, *De l'art médical*, op.cit., p.179 (*L'ancienne médecine*, II, 623).

²⁹ BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, op.cit., p.50-1 (italiques de l'auteur).

l'angle de la clinique quotidienne, ce sont des expériences faites sans consentement³⁰, car elles ne résultent le plus souvent pas d'un protocole pensé à l'avance, mais de la saisie d'un *kairos*. Etre dans une disposition d'esprit expérimentale, voilà une manière de concevoir son activité clinique qui est peut-être inhabituelle, mais qui rapproche singulièrement le clinicien d'un scientifique bernardien. Le cas est une énigme à résoudre, ou plutôt une difficulté à problématiser. Si pour Bernard la seule croyance admise autant qu'exigible est la croyance dans le déterminisme (alors qu'il faut rester capable de ne pas trop croire ni aux faits qu'on observe ni aux théories qui les interprètent), n'en va-t-il pas de même pour le médecin ? Pour s'orienter, il emploie sinon une « doctrine », du moins une anthropologie et une métaphysique diffuses, qui lui fournissent un cadre d'intelligibilité des observations et des expérimentations³¹. Mais il peut savoir, comme le scientifique, que toutes les théories générales sont fausses, qu'elles « ne sont que des vérités partielles et provisoires qui nous sont nécessaires (...) pour avancer dans l'investigation »³².

Bernard figure le savant comme un Janus *bifrons* : côté observateur, il doit se contenter de constater « purement et simplement le phénomène qu'il a sous les yeux » et « être le photographe des phénomènes ». « Il faut observer sans idée préconçue ; l'esprit de l'observateur doit être passif, c'est-à-dire se taire ; il écoute la nature et écrit sous sa dictée »³³. L'autre face est celui de l'expérimentateur qui a des idées préconçues avec lesquelles « il doit interroger la nature et lui poser les questions dans tous les sens ». Son observation est « provoquée ou préméditée³⁴ ». On comprend alors que ces deux faces alternent dialectiquement. Car le résultat de l'observation provoquée ou préméditée doit à son tour être correctement constaté, avant d'être soumis à un contrôle. Cette alternance est celle d'une activité et d'une passivité. Interroger la nature, la forcer à se dévoiler par toutes sortes de questions, mais se taire quand elle parle et constater ses réponses, l'écouter jusqu'au bout, ne pas répondre à sa place, « ni écouter incomplètement ses réponses en ne prenant dans l'expérience que la partie des résultats qui favorisent ou confirment l'hypothèse »³⁵.

Et voici en quelque sorte une maxime pour la direction de l'esprit du clinicien, proche d'ailleurs du paradigme indiciel (Cf. Chapitre I). Reconnaître un phénomène comme une trace et tenter de remonter à sa cause prochaine :

« Quand on voit un phénomène qu'on n'a pas l'habitude de voir, il faut toujours se demander à quoi il peut tenir, ou autrement dit, quelle en est la cause prochaine ; alors il se présente à l'esprit une réponse ou une idée qu'il s'agit de soumettre à l'expérience »³⁶.

Interroger la nature, répète Bernard. Remplaçons la nature par le malade, et nous avons là un discours de la méthode clinique ! Il s'agit d'une proximité qui dépasse celle d'un « air de

³⁰ Sauf les cas où un traitement d'épreuve est instauré, pour provoquer une observation dans le but de faire naître une idée, par exemple un traitement anti-tuberculeux dans une fièvre au long cours : le malade est alors informé des incertitudes et de ce que le médecin attend de la tentative.

³¹ Philippe Petit dit que la relation médecin-malade dépend de ce qui la précède : le statut philosophique de l'homme. C'est très proche de ce que nous voulons indiquer. PETIT Philippe, *Philosophie de la prostate*, op.cit., p.58.)

³² BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, op.cit., p.69.

³³ Ibid., p.51-2.

³⁴ Ibid., p.52.

³⁵ Ibid., p.53.

³⁶ Ibid., p.217.

famille »³⁷. Il faut toujours être prêt à réviser les idées préconçues, les hypothèses d'attente comme les *a priori*.

Pour le clinicien, observer sans idée préconçue est une disposition difficile, presque une ascèse³⁸. Car on est aussi expérimentateur. Car on observe muni de ses connaissances, de son expérience passée et de ses préjugés (Cf. Chapitre III). Simultanément, il faut se disposer à observer ou entendre un phénomène inattendu qui éveille la curiosité. Voici un conseil de prudence toute bernardienne : se taire, écouter le malade et écrire sous sa dictée. Voilà comment rejoindre au plus près la position de l'observateur, condition nécessaire à la production de faits bien observés. Plus le clinicien adopte les dispositions et les méthodes de l'expérimentateur bernardien, meilleur clinicien il devient !

Il me semble donc légitime de considérer la clinique comme une expérience, donc une expérimentation pour parler comme Bernard (ce qui est contraire en apparence à sa thèse elle-même). La première opération de toute expérience « consiste à préméditer et à réaliser les conditions de l'expérience »³⁹, ce que j'appelle « disposer son praticable » : que cela soit relativement vague n'est pas important⁴⁰. La seconde opération est de constater ce qui se produit dans l'expérience de la consultation, de constater ses résultats, c'est-à-dire l'observation provoquée⁴¹. Dans le cours de la consultation, il y a alternance dialectique successive d'observation et d'expérimentation⁴². Il y a ascèse, discipline incorporée, car il faut alterner activité et passivité, idées préconçues et leur abandon. Mais il faut aussi de la créativité, car il faut « donner libre carrière à son imagination » même s'il faut « la régler et lui donner un critérium », que ce soit pour imaginer l'expérience suivante ou de nouveaux moyens d'observation⁴³.

Allons plus loin encore avec la question de l'individu. Bernard glose et prolonge Aristote (sans le dire) :

« En effet, le médecin n'est point le médecin des êtres vivants en général, pas même le médecin du genre humain, mais bien le médecin de *l'individu* humain, et de plus le médecin d'un individu dans certaines conditions morbides qui lui sont spéciales et qui constituent ce que l'on a appelé son idiosyncrasie »⁴⁴.

³⁷ WITTGENSTEIN Ludwig, *Recherches philosophiques*, op.cit., §66-67.

³⁸ Ce que nous appelons ici idées préconçues sont des préjugés, et pas les principes de la sensibilité et de l'entendement *a priori*.

³⁹ BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, op.cit., p.53.

⁴⁰ Même si d'un autre côté la rencontre se fait par hasard : « Les observations médicales nouvelles se font généralement par hasard ; si un malade porteur d'une affection jusqu'alors inconnue entre dans un hôpital ou vient consulter un médecin, c'est bien par hasard que le médecin rencontre ce malade ». BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, op.cit., p.268.

⁴¹ Ibidem : « Dans ces circonstances, l'initiative du médecin consiste à voir et à ne pas laisser échapper le fait que le hasard lui a offert et son mérite se réduit à l'observer avec exactitude ».

⁴² On peut s'aviser de la modernité Bernardienne au regard des conceptions épistémologiques actuelles de l'observation scientifique dans l'ouvrage suivant : ISRAËL-JOST Vincent, *L'observation scientifique. Aspects philosophiques et pratiques*, Paris, Classiques Garnier, 2015. L'auteur ne mentionne pas du tout Claude Bernard, mais sa défense d'un empirisme itératif et de l'interdépendance entre connaissances et observations ne me semblent pas éloignées de la lecture que nous avons faite de l'*Introduction*.

⁴³ Ibid., p.54.

⁴⁴ Ibid., p.141.

Pour autant, cela n'est pas une raison d'opposer clinique et médecine scientifique et cela n'en fait pas non plus une science à part : il faut pour Bernard arriver à des généralisations, « c'est la généralisation qui conduit à la loi des phénomènes et au vrai but scientifique ». L'individuation des phénomènes pathologiques doit être étudiée dans le détail de ses conditions chez chaque individu considéré, pour pouvoir aboutir à des généralisations fécondes. Donc l'étude du cas singulier est la bonne voie. La science bernardienne n'est pas forcément la science du nombreux⁴⁵.

C'est l'étude du particulier qui rend particulièrement affines la pratique médicale clinique et l'expérimentation. L'expérimentation est même un devoir quand il s'agit de l'intérêt du malade :

« Tous les jours le médecin fait des expériences thérapeutiques sur ses malades et tous les jours le chirurgien pratique des vivisections sur ses opérés. On peut donc expérimenter sur l'homme, mais dans quelles limites ? On a le devoir et par conséquent le droit de pratiquer sur l'homme une expérience toutes les fois qu'elle peut lui sauver la vie, le guérir ou lui procurer un avantage personnel »⁴⁶.

Sans insister ici sur la démesure qui peut saisir ainsi le médecin dans une frénésie expérimentale de mauvais aloi, retenons que « tout médecin qui donne des médicaments actifs à ses malades coopère à l'édification de la médecine expérimentale »⁴⁷. Canguilhem a relevé, nous l'avons vu, ce passage de Bernard qu'il développe dans « Thérapeutique, expérimentation, responsabilité »⁴⁸.

Et voilà le dernier indice décisif qui situe la clinique du côté de l'expérimentation:

« Si je ne fais pas ici de la médecine clinique, je dois néanmoins la sous-entendre et lui assigner la première place dans la médecine expérimentale »⁴⁹.

Bien sûr, le terme de « première place » est équivoque. Bernard entend peut-être davantage étape initiale que place éminente. Peu importe aussi le ton de la concession. La clinique est un laboratoire de recherche à une échelle lilliputienne – qui ne risque pas d'entrer dans le classement de Shanghai. L'enquête diagnostique mérite toutefois son nom : c'est une investigation. La prescription est un essai, et cela permet d'ailleurs de faire entendre que l'essai clinique randomisé garde les traits d'une tentative, d'une conjecture.

⁴⁵ On sait sa prévention contre les statistiques. « Mais le médecin n'a que faire de ce qu'on appelle la loi *des grands nombres*, loi qui, suivant l'expression d'un grand mathématicien, est toujours vraie en général et fautive en particulier. Ce qui veut dire que la loi des grands nombres n'apprend jamais rien pour un cas particulier ». BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, op.cit., p.196.

⁴⁶ Ibid., p.151.

⁴⁷ Ibid., p.279.

⁴⁸ Je suis sensible à cette critique de la critique car nous verrons qu'il en va de même pour Freud et Lacan par exemple. Il ne s'agit pas d'opposer une science à la sensibilité de la belle âme qui par bonheur viendrait en atténuer les effets indésirables (ce qui est une opinion largement répandue)

⁴⁹ Ibid., p.281-2.

B. OBJECTIONS

Situer la médecine dans le domaine expérimental ne va toutefois pas sans inconvénients, surtout si on le délimite par des critères stricts. Nous ne nous arrêterons pas au fait que les familiers du texte de Bernard trouveraient peut-être notre argumentation fallacieuse car combattue à l'avance par le maître :

« Certains médecins pensent que la médecine ne peut être que conjecturale, et ils en concluent que le médecin est un artiste qui doit suppléer à l'indéterminisme des cas particuliers par son génie, par son tact médical. Ce sont là des idées antiscientifiques contre lesquelles il faut s'élever de toutes ses forces, parce que ce sont elles qui contribuent à faire croupir la médecine dans l'état où elle est depuis si longtemps. Toutes les sciences ont nécessairement commencé par être conjecturales, il y a encore aujourd'hui dans chaque science des parties conjecturales. La médecine est encore presque partout conjecturale, je ne le nie pas ; mais je veux dire seulement que la science moderne doit faire ses efforts pour sortir de cet état provisoire qui ne constitue pas un état scientifique définitif, pas plus pour la médecine que pour les autres sciences »⁵⁰.

D'autres objections nous retiendront davantage. Par nécessité pratique, la science expérimentale voit dans le morcellement du domaine une « chose utile, parce que chacune de ses diverses parties s'en trouve mieux cultivée »⁵¹. Manier des instruments d'observation et d'expérimentation spécialisés nécessite habitude, habileté manuelle ou « le perfectionnement de certains sens »⁵². En clinique, par contre, le morcellement et la spécialisation affinent peut-être le jugement précis sur l'organe atteint, mais font perdre de vue le malade. Les situations de « comorbidité » ou « polyopathie » sont exemplaires à cet égard : le seul dénominateur possible est le patient lui-même, dont chaque spécialiste ne peut se figurer qu'une image tronquée⁵³. Même dans des situations plus simples, le morcellement ne peut être complètement légitimé. Si dans les sciences expérimentales, c'est la théorie qui édifie véritablement la science, en clinique, c'est la pratique individuelle qui doit réaliser l'unité opératoire – Canguilhem dit la « somme ». Pour Bernard, l'individualité de l'organisme de l'être vivant rend nécessaire la *synthèse* physiologique après l'*analyse* des phénomènes : mais qui la réalise en clinique? On peut d'ailleurs adresser la même question à la physiologie. Y a-t-il aujourd'hui un physiologiste capable d'opérer la synthèse des recherches menées dans les différentes branches des sciences biologiques?

Le savant a besoin d'une « une entière liberté d'esprit »⁵⁴, alors que le clinicien travaille sous pression de la demande du malade et de la gravité de la situation, sans oublier les contraintes d'organisation des soins, de production d'activité et de productivité. Même s'il ne maîtrise pas la situation, il doit prendre des décisions et agir, sans pouvoir trop longtemps suspendre son jugement ni « s'abstenir dans l'ignorance »⁵⁵. Dans *Le Conflit des Facultés*, Kant assigne une position unique à la faculté de médecine, car la médecine doit être déduite des

⁵⁰ Ibid., p.196-7. En fait, ce passage intègre une diatribe contre les statistiques.

⁵¹ Ibid., p.55.

⁵² Ibidem.

⁵³ Sur les effets concrets engendrés pour le malade, voir Todd MEYERS, *Chroniques de la maladie chronique*, Paris, Presses Universitaires de France, « Questions de soin », 2017.

⁵⁴ BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, op.cit., p.68.

⁵⁵ Ibid., p.90.

sciences de la nature, et échapper ainsi, en partie du moins, à la régulation étatique, laquelle ne s'exerce que pour établir les conditions dans lesquelles elle sera au service du public⁵⁶. Toutes ces contraintes éloignent la médecine des conditions idéales du travail expérimental⁵⁷. L'incertitude n'est pas seulement stimulation à expérimenter, elle peut s'avérer angoissante. Les situations très graves s'affrontent collectivement à l'hôpital, et suscitent plus l'inquiétude pour le pronostic que l'angoisse. Dans les cas plus communs, les situations d'incertitude – illustrées notamment par les maladies chroniques, les polyopathologies, les intrications psychosomatiques – sont plus embarrassantes qu'inquiétantes, et conduisent facilement à devenir un « systématique »⁵⁸, c'est-à-dire un simplificateur. Quels systèmes fonctionnent aujourd'hui de manière dominante pour la médecine ? Les deux extrêmes sont les officines de médecines holistiques qui mélangent le religieux, le naturel (bio) et le surnaturel (merveilleux), et l'EBM mal compris, brandi comme une idéologie dont il s'agissait précisément de s'affranchir (Cf. Chapitres IV et VII).

Dans le devenir science, l'autorité personnelle est détrônée au profit de l'autorité impersonnelle de la méthode :

« La révolution que la méthode expérimentale a opérée dans les sciences consiste à avoir substitué un critérium scientifique à l'autorité personnelle »⁵⁹.

« La méthode expérimentale puise en elle-même une autorité *impersonnelle* qui domine la science »⁶⁰.

L'impersonnel convient à tout ce qui relève du nécessaire, alors que la clinique est plus vaste, elle a affaire au contingent et parfois au fortuit : l'observateur n'est pas plus remplaçable que l'observé⁶¹. Lorsque le médecin fait usage de l'autorité impersonnelle de la science, ce n'est pas toujours pour s'effacer, ce peut-être aussi pour augmenter sa puissance persuasive propre. Mais surtout, la connaissance que le médecin met en pratique (savoir-faire, expérience, logique inférentielle, et même ses connaissances scientifiques) est une connaissance éminemment

⁵⁶ KANT Emmanuel, *Le conflit des facultés en trois sections*, op.cit.

⁵⁷ Que les pratiques scientifiques réelles subissent également des contraintes qui les éloignent de l'idéal bernardien est avéré, mais cela ne nous occupera pas ici.

⁵⁸ « Si un médecin se figurait que ses raisonnements ont la valeur de ceux d'un mathématicien, il serait dans la plus grande des erreurs et il serait conduit aux conséquences les plus fausses. C'est malheureusement ce qui est arrivé et ce qui arrive encore pour les j'appellerai des systématiques. En effet, ces hommes partent d'une idée fondée plus ou moins sur l'observation et qu'ils considèrent comme une vérité absolue. Alors ils raisonnent logiquement et sans expérimenter, et arrivent, de conséquence en conséquence, à construire un système qui est logique, mais qui n'a aucune réalité scientifique. Souvent les personnes superficielles se laissent éblouir par cette apparence de logique, et c'est ainsi que se renouvellent parfois de nos jours des discussions dignes de l'ancienne scolastique. Cette foi trop grande dans le raisonnement, qui conduit un physiologiste à une fausse simplification des choses, tient d'une part à l'ignorance de la science dont il parle, et d'autre part à l'absence du sentiment de complexité des phénomènes naturels. C'est pourquoi nous voyons quelquefois des mathématiciens purs, très grands esprits d'ailleurs, tomber dans des erreurs de ce genre ; ils simplifient trop et raisonnent sur les phénomènes tels qu'il les font dans leur esprit, mais non tels qu'ils sont dans la nature ». BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, op.cit., p.70.

⁵⁹ « Le caractère de la méthode expérimentale est de ne relever que d'elle-même, parce qu'elle renferme en elle son critérium, qui est l'expérience. Elle ne reconnaît d'autre autorité que celle des faits, et elle s'affranchit de l'autorité personnelle. Quand Descartes disait qu'il faut, ne s'en rapporter qu'à l'évidence ou à ce qui est suffisamment démontré, cela signifiait qu'il fallait ne plus s'en référer à l'autorité, comme faisait la scolastique, mais ne s'appuyer que sur les faits bien établis par l'expérience ». Ibid., p.74.

⁶⁰ Ibid., p.76.

⁶¹ Alors que, comme on l'a rappelé à propos du savoir débrayé (chapitre VI), « un bon expérimentateur est un quiconque impersonnel capable de faire exister un quiconque impersonnel » : DESPREST Vinciane, « D'un dualisme bien utile », art.cit.

*personnelle*⁶². Il semble aussi qu'en clinique médicale le désir du médecin ne puisse être évacué, alors que le désir du physicien, qui s'en soucie⁶³? Et pourtant, il faudrait entendre résonner l'impersonnel : le clinicien « personnifié » (incarne) une complexion singulière de déterminations impersonnelles qui le traversent. On pourrait risquer cette formulation : la *tekhnē* opère presque malgré lui, même s'il l'actualise de façon singulière.

Si la science ne « saurait s'embarrasser de ces faits recueillis sans précision » et « repousse l'indéterminé »⁶⁴, la clinique ne peut pas les évacuer sur ce motif. Les devoirs du soignant ne sont pas identiques à ceux du savant, sa responsabilité n'est pas la même. Souvent la connaissance la mieux établie est une statistique assortie d'un intervalle de confiance, qui est loin de la contre-épreuve nécessaire en science. La clinique ne peut donc presque jamais aller au bout de la méthode scientifique⁶⁵.

Si la science ne peut apporter de réponse à « la cause de la vie » et considère que les mots « vie, mort, santé, maladie » ne sont que des expressions littéraires sans réalité objective⁶⁶ ou même un mirage⁶⁷, la clinique en revanche doit les considérer comme des données concrètes dont elle fait usage : de même, elle ne peut éviter l'emploi des expressions comme « le plus souvent », ou « généralement », comme si les lois étaient relatives, ou connaissaient des exceptions, ce que Bernard nie farouchement, surtout si c'est pour suggérer l'action d'une force vitale. Non, il admet « l'emploi de ces locutions si on les emploie comme des approximations empiriques relatives à l'apparition de phénomènes dont nous ignorons encore plus ou moins les conditions exactes d'existence »⁶⁸. Et voilà en fait le point crucial : la clinique nous confronte à des phénomènes dont nous ignorons les conditions exactes d'existence. Sa reconnaissance de l'importance de la clinique va de pair avec la critique féroce du manque d'habitude scientifique de l'esprit chez les médecins, qui

« laisse croire aux forces occultes dans la médecine, repousse le déterminisme dans les phénomènes de la vie et admet facilement que les phénomènes des êtres vivants sont régis par des forces vitales mystérieuses qu'on invoque à tout instant »⁶⁹.

C'est pourquoi quand nous parlons de contingence, nous voulons exprimer, en partie au moins, l'ignorance des déterminismes à l'œuvre⁷⁰. C'est une des raisons majeures pour lesquelles on se situe au mieux en médecine comme dans la plupart des domaines humains, dans le régime épistémologique du *hos epi to polu*, « pour la plupart » (*Mét.* 1027a21), et bien

⁶² STURMBERG Joachim, TOPOLSKI Stefan, « For every complex problem, there is an answer that is clear, simple and wrong, and other aphorisms about medical statistical fallacies », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2014;20:1017-1025.

⁶³ Toutefois, le désir du médecin n'est pas forcément quelque chose de « personnel », même si chaque médecin en est le sujet singulier.

⁶⁴ BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, op.cit., p.90.

⁶⁵ Nous avons vu cependant que ce n'était pas, pour Bernard, un motif pour ne pas expérimenter, au contraire.

⁶⁶ Ibid., p.108.

⁶⁷ Ibid., p.258.

⁶⁸ Ibid., p.111-2.

⁶⁹ Ibid., p.283.

⁷⁰ Ce que prétend apporter la psychanalyse à cette question, c'est d'avoir étendu le champ ce qui était connaissable dans le domaine des sciences de la vie.

souvent dans celui de l'accident (*sumbebekos*), dont il n'y a pas science. Ce qu'Aristote appelle accident⁷¹, Bernard le nomme exception⁷². Or

« ce qu'on appelle actuellement exception est simplement un phénomène dont une ou plusieurs conditions sont inconnues, et si les conditions des phénomènes dont on parle étaient connues et déterminées, il n'y aurait plus d'exceptions, pas plus en médecine que dans toute autre science »⁷³.

Il me semble que nous sommes en réalité confrontés à ceci : chaque situation clinique rassemble des aspects accidentels et d'autres qui relèvent du « pour la plupart ». Qu'elle soit déterminable en droit (question métaphysique) n'empêche que, concrètement, la situation clinique apparaisse comme exceptionnelle. D'ailleurs, Bernard ne prétendait pas que nous arriverions jamais au « déterminisme absolu de toute chose » : avec la méthode expérimentale nous ne faisons que « gagner du terrain »⁷⁴. Enfin, comme l'objet d'observation est l'individu et non son seul organisme, les valeurs de santé et de maladie ont une réalité clinique tout à fait objective. Le problème médical n'est pas qu'une question de physiologie.

Dans sa visée réductrice, gage d'efficacité, le scientifique entend s'affranchir de ce qui ne peut faire objet d'expérimentation, alors que le médecin y est inévitablement confronté :

« La pratique médicale est une chose extrêmement complexe dans laquelle interviennent une foule de questions d'ordre social et extra-scientifiques. (...) Le médecin se trouve souvent obligé de tenir compte, dans son traitement, de ce qu'on appelle l'influence du moral sur le physique, et par conséquent d'une foule de considérations de famille ou de position sociale qui n'ont rien à faire avec la science. C'est ce qui fait qu'un médecin praticien accompli doit non seulement être un homme très instruit dans sa science, mais il doit encore être un homme honnête, doué de beaucoup d'esprit, de tact⁷⁵ et de bon sens »⁷⁶.

Si la médecine est expérimentale, il faut donc admettre que son objet est bien plus vaste que celui délimité par Bernard. Il pose en outre que « la critique expérimentale ne doit porter que sur des faits et jamais sur des mots »⁷⁷, alors que la médecine a affaire à des individus dont la parole ne peut être effacée. C'est une des raisons pour laquelle l'attention égale (*gleichschwebende Aufmerksamkeit* freudienne) doit, en clinique médicale, contrevenir en partie aux instructions bernardiennes :

« Pour faire une bonne observation médicale, il est non seulement nécessaire d'avoir l'esprit d'observation, mais il faut de plus être physiologiste. On interprétera mieux les significations diverses d'un phénomène morbide, on lui donnera sa valeur réelle et on ne tombera point dans l'inconvénient que Sydenham reprochait à certains médecins de mettre

⁷¹ « Donc l'accident est ce qui n'est, ni toujours, ni nécessairement, ni même dans les cas les plus fréquents (ὡς ἐπὶ τὸ πολὺ). Du moment que l'accident est bien ce qu'on vient de dire, on voit nettement pourquoi il n'y a pas de science (epistēmē) possible de l'accident. Toute science (epistēmē) s'applique à quelque chose qui est, ou toujours, ou le plus ordinairement (hos epi to polu) ; et l'accident n'est, ni d'une façon, ni de l'autre » (*Mét.* 1065a1-6).

⁷² Aristote aussi d'ailleurs : « c'est l'accident qui est l'exception » (*Mét.* 1027a26).

⁷³ BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, op.cit., p.112.

⁷⁴ Ibid., p.198.

⁷⁵ Nous nous accordons avec Claude Bernard pour dire que ce qui est par contre fautif et inacceptable, c'est de vouloir « élever le tact au rang de preuve ».

⁷⁶ Ibid., p.329.

⁷⁷ Ibid., p.256.

des phénomènes importants d'une maladie sur le même plan que d'autres phénomènes insignifiants et accidentels »⁷⁸.

On se situe là très précisément au point discuté dans le chapitre VIII avec Canguilhem. D'un côté il faut posséder le savoir (« il faut de plus être physiologiste ») et savoir mettre l'objectivité de ce savoir entre parenthèses.

Nous n'avons pas dressé une liste exhaustive des objections possibles. Ainsi, on pourrait discuter aussi des différences entre clinique et expérimentation de laboratoire du point de vue de l'action effectuée. Si, sous une certaine description, la similitude est frappante (comme le scientifique, le médecin observe un état modifié du monde, ou introduit cette modification et en observe les conséquences), sous une autre description, il y a divergence : le scientifique observe et modifie dans un but de connaissance, le médecin observe pour diagnostiquer, modifie pour traiter, et donc effectue des mouvements et des raisonnements similaires, *en cherchant à soigner quelqu'un*. L'intention est différente, et les conséquences cliniques débordent régulièrement les intentions de l'acteur⁷⁹.

« Quand on dit faire des expériences ou faire des observations, cela signifie qu'on se livre à l'investigation et à la recherche, que l'on tente des essais, des épreuves, dans le but d'acquérir des faits dont l'esprit, à l'aide du raisonnement, pourra tirer une connaissance ou une instruction »⁸⁰.

C'est selon nous la seule distinction qui soit dirimante, sauf à rappeler que la connaissance n'est aussi qu'un moyen pour accroître une puissance d'intervention sur la nature :

« Nous saisissons, à l'aide de nos expériences, des relations de phénomènes qui, bien que partielles et relatives, nous permettent d'étendre de plus en plus notre puissance sur la nature »⁸¹.

Nous n'avons pas discuté l'épistémologie bernardienne à la lumière d'autres théories épistémologiques. L'autorité de l'observation et de l'expérimentation se heurte à l'objection de Duhem et Quine sur la sous-détermination de la théorie par l'expérience⁸². Or la médecine est, plus que l'expérimentation de laboratoire, « chargée » non seulement de théories (ou plutôt de doctrine, pour la distinguer des théories scientifiques), mais aussi d'influences extérieures et de problèmes institutionnels.

Toutefois, toutes ces objections ne renversent pas l'hypothèse initiale : la clinique est aussi un champ d'investigation, et la méthode expérimentale n'est pas fondamentalement incompatible, bien au contraire, avec la clinique. Cette dernière toutefois impose ses conditions d'impureté et de complexité auxquelles répondront les composantes tacites habiles et rusées de la *tekhnē*.

⁷⁸ Ibid., p.268.

⁷⁹ On pourrait se servir ici des développements que fait Anscombe pour décrire une action intentionnelle. ANSCOMBE Gertrud Elizabeth M, *L'intention*, préf. Vincent DESCOMBES, Paris, Gallimard, 2002, §23 -26.

⁸⁰ BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, op.cit., p.40.

⁸¹ Ibid., p.90.

⁸² ISRAEL-JOST Vincent, « L'attribution d'autorité à la science.. », art.cit.

C. ERLEBNIS ET EMPEIRIA

Le but de la méthode expérimentale est le savoir, la connaissance, en vue d'une puissance accrue sur la nature. Savoir issu d'observations minutieuses, expérience acquise par les expériences répétées et raisonnées, l'instruction qui se dégage de la pratique menée dans l'esprit bernardien est, pourrait-on dire, la clinique scientifique.

Or, la valeur de l'expérience qui en résulte est aujourd'hui sévèrement remise en question. L'intelligence artificielle viendrait ringardiser l'expérience, en tirant des informations d'une précision inégalée grâce aux calculs manipulant des masses astronomiques de données. Si même les séries de patients sont jugées comme de l'artisanat obsolète⁸³, qu'en est-il alors du dialogue patient-médecin singulier comme outil de connaissance ? Une autre mise en cause de la valeur de cette expérience s'est fait entendre récemment dans un autre contexte, celui de ce qu'on a appelé en 2017 « la crise du Lévothyrox », qui aurait affecté des milliers de personnes. Voici une des conclusions sociologiques de cette crise : « toute opinion vaut savoir »⁸⁴.

Dans les deux cas, le nombreux s'affiche comme garantie de vérité, dans les deux cas on attend du nombreux qu'il réponde à l'incertitude dans laquelle toute vie humaine est plongée, et plus particulièrement la vie malade. Mais il y a une grande différence : dans le cas des *big data*, la vérité statistique *ringardise* – ou est supposée le faire – l'expérience du médecin individuel. Dans le cas de la crise du Lévothyrox^o, le nombreux *avalise* – ou est supposé le faire – l'expérience du patient individuel. Mais s'agit-il du même type d'expérience ? Qu'on parle aujourd'hui de patient expert pourrait suggérer qu'il y a au minimum un air de famille entre les deux.

L'expérience vécue, en allemand *Erlebnis*, est située volontiers du côté de la passivité, contrairement à l'expérience active de l'expérimentateur⁸⁵. Que peut-on faire de l'expérience vécue ? Quel savoir en dégager ? Y a-t-il alors, en ce sens-là du génitif subjectif, une *science du particulier* ?⁸⁶ On se trouve au cœur d'une des interrogations portées par Wittgenstein :

« La question de savoir s'il s'agit d'un voir ou d'une interprétation prend naissance dans le fait qu'une interprétation est l'expression de l'expérience. Et l'interprétation n'est pas une description indirecte, mais une expression primaire de l'expérience »⁸⁷.

Ce n'est pas le moindre des paradoxes que de constater, dans la même période, une minoration apparente de l'expérience instruite du praticien chevronné, qui fait passer de

⁸³ Cf. le billet de Laurent ALEXANDRE, « Comment les géants du numérique ringardisent nos mandarins », *Le Monde* du 13.09.2017, supplément Science et Techno : « Mark Zuckerberg [PDG de Facebook] s'est engagé à révolutionner la recherche médicale grâce à des outils qui ringardiseront dans quelques années la plupart de nos mandarins avec chacun leurs petites séries de patients »

⁸⁴ La phrase complète est « Tous les champs d'expertise sont touchés par la dérégulation du marché de l'information (...) toute opinion individuelle est susceptible de faire autant de bruit que des avis scientifiques » ; « puisque toute opinion vaut savoir, l'autorité scientifique et l'autorité sociale sont dissociées ». TOURNAY Virginie, « Crise du Levothyrox : Les réseaux sociaux constituent une caisse de résonance de la méfiance », *Le Monde*, supplément Science et Techno du 19.09.2017.

⁸⁵ Voir le petit conflit sur le sens du mot expérience entre Lacan et Pichon, in LACAN Jacques, « Intervention sur l'exposé de J. Rouart 'Du rôle de l'onirisme dans les psychoses de type paranoïaque et maniaque-dépressif' », *L'Évolution Psychiatrique* 1936 ;4 : 87-9.

⁸⁶ Au génitif subjectif, donc.

⁸⁷ WITTGENSTEIN Ludwig, *RPPI*, op.cit., §20, p.14.

l'empeiria à la *tekhne*, et l'exaltation de l'expérience unique du malade, plus proche en apparence de *l'aisthēsis* que de *l'empeiria*⁸⁸. En fait, dans les deux cas, il y a une dévalorisation de *l'empeiria*, donc en réalité de la *praxis*, et peut-être de toute *praxis*, qu'on entend ici comme « action concertée par l'homme qui le met en mesure de traiter le réel par le symbolique »⁸⁹.

Voulant se défaire de la *praxis* médicale, qu'est-ce qui est perdu? Pour Canguilhem, le médecin, c'est celui qui accepte ordinairement de se laisser instruire par l'expérience vécue du patient. L'expérience vécue, ou plutôt son récit, contribue puissamment à l'observation minutieuse de la situation objet d'investigation. Mais le médecin a aussi un autre rôle à jouer. En effet :

« Mon corps m'annonce à moi-même par des symptômes dont le sens ne m'est pas clair. Mon médecin, c'est celui qui accepte de moi que je voie en lui un exégète avant de l'accepter comme réparateur⁹⁰ »

Si l'*Erlebnis* contribue à la connaissance du cas, elle apparaît également comme fragile, car elle nécessite d'être interprétée avec l'aide d'un autre. S'en tenir à la vérité subjective – « c'est vrai, parce que je l'éprouve, parce que je le vis » –, ce n'est pas « prendre pied sur la terre ferme de l'origine, plus profond que toutes les méthodes... »⁹¹, c'est recourir au mythe de l'intériorité, quand bien même nous reconnaissons qu'« il est impossible d'annuler dans l'objectivité du savoir médical la subjectivité de l'expérience vécue du malade »⁹².

Voici quelques exemples d'expériences – *Erlebnisse* de patients que nous commenterons.

Amélie a 62 ans. Elle est atteinte de plusieurs maladies chroniques : une pathologie neurologique sévère, une hypertension artérielle, une hypothyroïdie, une maladie auto-immune. Ces affections sont traitées depuis des années. Elle est sensible aux médicaments, et s'il convient de le préciser, c'est pour souligner qu'elle fait partie de ces personnes qui ne sont pas forcément allergiques, mais qui ont une propension à subir plus d'effets indésirables que la moyenne, ou du moins qui en sont intimement convaincus. Elle fait partie de ces personnes qui ont une réticence *a priori* vis-à-vis des génériques et qui demandent avec insistance la mention « non substituable » sur l'ordonnance. Toujours est-il qu'elle déclare, à sa dernière consultation, que « grâce à la télévision », elle a enfin compris que c'était bien le Lévothyrox^o qui était responsable de l'inconfort digestif ressenti 30 à 45 minutes après la prise des médicaments du matin. Je m'étonne de son assurance, sachant qu'elle prend en même temps quatre autres molécules dont certaines sont réputées occasionner régulièrement (*hos epi to polu* pourrait-on dire) un inconfort digestif, et que la maladie dégénérative de son système nerveux pourrait être responsable aussi des symptômes digestifs. Sa réponse ne se fait pas attendre : « c'est le Lévothyrox^o, je le sais parce qu'à la télévision ils l'ont dit ».

⁸⁸ On pourrait objecter qu'il s'agit ici de sens très différents du mot « expérience », mais si on se reporte à Claude Bernard, il y a un lien très étroit entre faire une expérience et avoir de l'expérience.

⁸⁹ Cette définition est de Jacques LACAN, *Les quatre concepts...*, op.cit., p.11.

⁹⁰ CANGUILHEM Georges, « La santé : concept vulgaire et question philosophique », art. cit., p.64 (nos italiques).

⁹¹ WITTGENSTEIN Ludwig, *RPPI*, op.cit., p.144, §648. « Le concept d'expérience vécue: il en est de lui comme du concept de « ce qui se passe », du concept de processus, de celui d'état, de « quelque chose », de fait, de description et de compte rendu. Nous nous figurons qu'ici nous prenons pied sur la terre ferme de l'origine, plus profond que toutes les méthodes et tous les jeux de langage spécifiques. Mais ces termes, au plus haut point généraux, ont précisément aussi une signification floue au plus haut point. Ils se rapportent en fait à une quantité énorme de cas spéciaux, mais cela ne les rend pas plus fermes, cela les rend seulement plus fuyants ».

⁹² CANGUILHEM Georges, « Puissance et limites de la rationalité en médecine », art.cit., p.409.

Michel a 62 ans aussi. Pourquoi consulte-t-il ? La voix déjà chargée d'émotions et les yeux embués de larmes, il dit qu'il lui arrive « tout et n'importe quoi » et que son « corps est en train de se transformer ». Trois mois auparavant, alors qu'il était en vacances, la troisième phalange de ses deux index est devenue rouge et sensible. Il a senti des zones plus dures en tâtant la dernière articulation de ces doigts. Puis, tout est allé à vau-l'eau : douleurs erratiques dans d'autres articulations des mains, œdèmes des jambes et des cuisses (décrits comme une ondulation, observable à jour frisant dans certaines positions qu'il a à cœur de mimer), impression que l'os du poignet et l'extrémité interne de la clavicule devenaient plus saillants. Ses recherches sur la Toile (« je n'ai pas pu m'en empêcher ») l'ont amené dans des sphères inquiétantes où, entre maladies auto-immunes et rhumatismes destructeurs, son avenir s'inscrivait sur le versant de l'invalidité et des déformations corporelles. Ce qui me frappe dans son discours n'est pas tant la profusion de détails qui rendent ses descriptions symptomatiques très précises, que le léger doute qu'il exprime par moments, de la manière suivante : « *je ne suis pas sûr de ce que je ressens* », en ajoutant parfois, comme pour expliquer tout en s'excusant de cette absence de certitude : « ce n'est pas très intense ». L'examen clinique ne retiendra ce jour-là que des anomalies correspondant à l'âge : un peu d'arthrose, quelques varices.

Astrid a 75 ans. Son médecin traitant l'envoie en consultation de médecine interne car il se demande s'il n'y a pas une fibromyalgie surajoutée à la polyarthrite rhumatoïde évoluant depuis plus de 40 ans. Elle a tendance en effet à se plaindre de douleurs, malgré le traitement de cette maladie inflammatoire chronique, laquelle semble bien contrôlée puisqu'il n'y a pas trace d'inflammation à la prise de sang. D'ailleurs, ses doigts ne sont pas déformés, malgré l'ancienneté du rhumatisme pour lequel elle bénéficie seulement d'un immunomodulateur réputé plutôt peu efficace dans cette situation, mais qui lui a très bien convenu pendant trois décennies. Lorsque, deux ans avant la consultation avec moi, elle connaît une aggravation des douleurs, elle réclame d'aller voir un des spécialistes hospitaliers de sa maladie. Le rapport de ce spécialiste énonce quelques conclusions : le traitement pris depuis le début n'est pas le bon traitement de la maladie ; il faut débiter un *vrai* traitement, en l'occurrence du méthotrexate, à la dose de 15 mg/semaine. Astrid m'apprend ceci : la dose lui semblait forte, trop forte pour son petit poids (elle ne pèse en effet que 44 kg), et elle a ressenti une certaine intolérance, d'un genre inattendu (difficultés de concentration). Comme néanmoins elle le trouvait efficace, elle a demandé au spécialiste hospitalier si on ne pouvait pas le poursuivre, mais à une dose moins forte. A l'appui de sa requête, elle a plaidé que sa constitution chétive lui a fourni moult occasions de *faire l'expérience* d'une grande sensibilité aux médicaments. Le professeur aurait toutefois blâmé l'inanité de sa proposition, car *on sait que* la dose moins forte est inefficace. Résultat : elle est retournée chez sa rhumatologue habituelle, laquelle a reconduit l'ancien traitement, plutôt que de tester la solution de compromis suggérée par Astrid.

Ces trois historiettes, récoltées sans peine en une matinée de consultation récente, montrent trois facettes distinctes de l'expérience – *Erlebnis* du malade, donnent aussi à voir comment ces données s'intègrent non sans peine dans la situation clinique. Pour Amélie, l'expérience qu'elle rapporte vivre a délivré une vérité décrétée invulnérable à la critique, car confirmée par le nombreux de la rumeur socialement médiatisée, dont la validité n'est pas mise en doute. Son raisonnement subséquent est une entorse répandue à la logique :

Le nouveau Lévothyrox^o donne des effets indésirables (même la TV en parle, donc c'est vrai).

Or j'éprouve des effets indésirables liés aux médicaments, notamment les génériques (je le sens donc c'est vrai, et je le sais aussi par des expériences passées, n'allez surtout pas croire que c'est dans ma tête).

Chapitre IX

Donc le nouveau Lévothyrox^o (et pas un des autres médicaments, ni une autre cause) est le responsable des effets indésirables que je ressens.

La prémisse mineure affirme le conséquent de la majeure et en déduit fallacieusement un lien causal⁹³. Lorsque l'*Erlebnis* est confirmée par la rumeur publique qui a presque force de loi, la rationalité est mise à mal, ou plutôt la rigueur de la logique est corrodée par un paralogsme, qui ne manque pas d'*apparaître* rationnel. Et de fait, c'est bien parce que nos raisonnements habituels sont, la plupart du temps, paralogiques qu'il convient, si on tient à un gain de savoir, de les soumettre à la rigueur d'une expérimentation. La vérité de l'expérience vécue individuelle peut être remise en cause : accepter une expérimentation serait une démarche cartésienne de révision des croyances. Ou plutôt, une tentative d'objectivation de soi. Car, lorsque quelqu'un dit « je suis ainsi », il ne se trouve pas en situation d'observer que quelqu'un est ainsi, puis de reconnaître soi-même dans cette personne en tel état. Par conséquent, « il n'y a pas non plus d'espace pour que surviennent des erreurs d'observation ou des phénomènes de méconnaissance »⁹⁴.

Freud et Ferenczi, qui échangeaient volontiers des confidences sur leurs états de santé respectifs, se trouvaient aux prises avec des difficultés d'interprétation de leurs expériences corporelles vécues. Ferenczi nourrissait assez facilement des pensées hypocondriaques et avait tendance à faire des déductions psychologiques. Freud lui répondit un jour de 1916 : « Je sais, naturellement, combien il est difficile de distinguer entre ce qui est psychique et ce qui est somatique, sur sa propre personne »⁹⁵. Une phase d'objectivation peut être donc particulièrement bienvenue. Elle suppose un tiers⁹⁶.

On entrevoit facilement la possibilité d'entrer dans une expérimentation qui pourrait mettre à l'épreuve l'observation initiale de l'*Erlebnis*, de façon à défaire ou à renforcer la véracité de l'expérience : par exemple prendre le Lévothyrox^o à un autre moment de la journée, tester l'abstention temporaire des autres traitements un par un, etc. Mes suggestions se heurtent à la véhémence de son refus. Amélie n'en veut rien savoir, et c'est un cri du cœur qui suggère que sont actifs quelques ressorts intimes passionnels qui mériteraient aussi d'être objet d'investigations... Lacan disait que l'ignorance est une passion, c'est-à-dire quelque chose dont on pâtit. Finalement, elle campera sur ses convictions, et peu importe l'avis d'autrui. Qui profitera de son expérience ? Elle aura renforcé ses croyances quant aux méfaits des génériques sur sa personne. Ses voisins et connaissances seront peut-être persuadés, et confirmeront éventuellement qu'eux aussi connaissent quelqu'un qui a pris du Levothyrox^o etc. ? De proche en proche la *doxa* sera consolidée et il en résultera des malentendus à grande échelle. L'invulnérabilité subjectivement proclamée de l'*Erlebnis* la rend objectivement vulnérable à toute critique un peu sérieuse. Mais elle indispose le médecin⁹⁷, qui pressent l'inutilité d'un


⁹³ C'est comme si on disait ceci : le paludisme donne de la fièvre, j'ai de la fièvre, donc j'ai le paludisme. Ces sophismes formels sont régulièrement employés pour évoquer des hypothèses (la possibilité du paludisme est soulevée), dans une démarche de type abductif. Mais nombre de protocoles standardisés appliqués pour explorer systématiquement des symptômes relèvent d'une fallace logique, et font prendre des mauvais plis. Par exemple : en cas d'embolie pulmonaire, il y a une élévation des D-Dimères ; les D-Dimères sont élevés chez ce patient ; il faut faire un angio-scanner thoracique pour chercher une embolie.

⁹⁴ DESCOMBES Vincent, *Le parler de soi*, Paris, Gallimard, « Folio », 2014, p.136.

⁹⁵ FREUD Sigmund, FERENCZI Sandor, « *Correspondance Tome II, 1914-1919* », Paris, Calmann-Lévy, 1996, p.137.

⁹⁶ Et contrairement à ce que pensent les demi-habiles, ce mode d'objectivation n'est en rien la négation de la singularité subjective du patient, bien au contraire.

⁹⁷ Les réactions narcissiques du médecin rendent compte d'une difficulté subjective que nous aborderons plus tard : il s'agit à la fois de se prêter au transfert sans se confondre avec la place du sujet supposé savoir, et à la fois de

affrontement mais parfois bout d'en découdre, sauf s'il a pris le pli de n'accorder qu'une attention superficielle et plus ou moins polie au contenu subjectif du vécu du malade. En fait, pour reprendre les termes de la note wittgensteinienne citée plus haut, il faudrait dissocier sensations et expérience (sensations interprétées). C'est ce que font tous les malades qui sollicitent l'interprétation du médecin pour finalement nommer leur expérience. On pressent néanmoins qu'il est très malaisé d'appliquer des critères de vérification/falsification, et qu'on sera satisfait si le malade accepte de « saisir » autrement ce qui ne lui apparaissait que sous un seul aspect. De la sorte, on ne remet pas en question les sensations, elles restent identiques, mais elles peuvent être interprétées de différentes manières, de la même façon que la figure  peut être vue comme une pyramide ou comme un carré avec des diagonales⁹⁸.

C.1 D'UNE ERLEBNIS FRAGILE A LA CONVICTION DELIRANTE

J'avoue avoir du mal à me satisfaire de ces pis-aller. Il m'arrive régulièrement de constater que certaines personnes qui ne manquent pas de sens commun se trouvent, sur un sujet donné, animés d'une croyance absurde. Et il m'a semblé rencontrer de plus en plus de discours hypocondriaques, sans qu'on y décèle toujours les marques indubitables du délire. N'y a-t-il pas à entrevoir un continuum d'expérience, depuis celle d'Amélie jusqu'au délire hypocondriaque ? La personne hypocondriaque s'enferme dans un délire chronique qui s'enrichit « dans la mesure même de la matière que son expérience quotidienne apporte au malade »⁹⁹. Mais l'expérience plus commune s'en approche : car en effet, de quoi se nourrit l'imaginaire, l'imagination, si ce n'est des sensations corporelles sur lesquelles se greffent, ou à partir desquelles se forment des pensées successives ? Comme le dit Nancy,

« Le corps est toujours hors de l'intimité du corps lui-même (...). Quand je sens mon estomac ou mon corps, ou mon poumon, je le sens, et si je le sens, c'est du dehors »¹⁰⁰.

Ajoutons : un dehors qui inquiète. Il me semble alors que ces constructions ont une fonction. Pour tenter de l'expliquer, proposons un détour par la constitution du moi. Pour tout un chacun, les sensations corporelles éveillent des pensées, favorisent le travail de l'imagination. Le vécu passif des sensations devient expérience active du moi. Or il y a eu selon Lacan une expérience fondamentale fondatrice du moi. Autrement dit, le moi se constitue à partir d'un éprouvé, le moi est cet éprouvé suscité par la « rencontre narcissique du semblable » :

« Sa fonction est décisive dans la constitution du sujet. Qu'est-ce que le moi, sinon quelque chose que le sujet éprouve d'abord comme à lui-même étranger à l'intérieur de lui ? C'est d'abord dans un autre, plus avancé, plus parfait que lui, que le sujet se voit. En particulier, il voit sa propre image dans le miroir à une époque où il est capable de l'apercevoir comme un tout, alors que lui-même ne s'éprouve pas comme tel, mais vit

payer de sa personne. Si le médecin se prend pour un maître de vérité, alors il est aussi, à sa mesure, à ranger du côté des noïaques, des « connaissants ». La disposition de l'analyste, proche en bien des points de celle de Socrate, de la docte ignorance, est un point de repère utile. Sur ces questions, voir ALLOUCH Jean, *Le sexe de la vérité. Erologie analytique III*, Paris, Epel, « Cahiers de l'Unebévüe », 1998.

⁹⁸ WITTGENSTEIN Ludwig, *RPPI*, op.cit., §31, p.18. On en dira autant du fameux canard-lapin.

⁹⁹ La citation concerne le délire paranoïaque, mais la transposition me semble légitime. LACAN Jacques, « Structures des psychoses paranoïaques », *Semaine des Hôpitaux de Paris* 1931; 14 : 437-45.

¹⁰⁰ NANCY Jean-Luc, *Corpus*, op.cit., p.118.

dans le désarroi originel de toutes les fonctions motrices et affectives qui est celui des six premiers mois après la naissance »¹⁰¹.

Le moi est l'imagination greffée sur des sensations corporelles qui anticipe la sortie d'un désarroi. C'est cette « relation anticipée à sa propre réalisation » qui « le rejette lui-même sur le plan d'une profonde insuffisance, et témoigne chez lui d'une fêlure, d'un déchirement originel ». Lacan situe là le point d'entrée dans le lien entre imagination et expérience de mort, qui « apparaît tout spécialement dans le vécu du névrosé »¹⁰².

Quoi de plus propice que des sensations corporelles pour éveiller le travail imaginatif inquiétant, car la maladie que l'on perçoit naissante est déjà en connexion avec la mort ? La définition fameuse que Leriche donnait de la santé, « la vie dans le silence des organes », n'implique-t-elle pas, comme sa contraposée à peine bancale, que le symptôme annonce la mort dans le bruit des organes?¹⁰³

Hypothèse : l'affirmation péremptoire, comme leçon à tirer de l'*Erlebnis*, que le coupable est à l'extérieur, qu'on peut le désigner (Lévothyrox°, Lyme, gluten, lactose, aluminium vaccinal, plomb des amalgames dentaires, antennes-relais, etc.), est une projection protectrice contre les pensées dont le flux suit la tendance : inconfort corporel → angoisse de mort¹⁰⁴. Pour quelqu'un comme Amélie dont le corps se défait petit à petit sous l'effet d'une maladie neurodégénérative, c'est peut-être même une défense en forme de protestation vitale¹⁰⁵.

Si l'hypothèse est correcte¹⁰⁶ il convient de déplacer l'accent, depuis la dépréciation qui interrompt l'investigation – « ce patient ignore la logique élémentaire, je laisse tomber » – vers un questionnement qui la relance : « de quoi ce patient doit-il se protéger ? » Fragilité de l'*Erlebnis* : cette locution n'est pas seulement un jugement sur la valeur épistémologique de l'expérience vécue, elle indique aussi que l'expérience vécue peut être celle d'une fragilité.

Les quérulents processifs et les ennemis déclarés du paternalisme médical rétorqueront à l'unisson que, d'une attitude à l'autre, le médecin s'arroge encore et toujours le droit de d'énoncer ce qui mérite d'être tenu pour vrai dans les propos du malade. Le recours à l'impersonnel de la science (de la logique à la science de l'inconscient en passant par la biologie) n'est pas simple. La proposition d'une expérience/expérimentation – analogue à l'expérience analytique, disons-le en passant¹⁰⁷ – ne sera acceptée qu'avec précautions, et uniquement par ceux parmi les patients qui ont conservé par devers eux, inconsciemment le

¹⁰¹ Ibidem.

¹⁰² Ibidem.

¹⁰³ La proposition « Si A (la santé), alors B (le silence des organes) » a pour contraposée : « si non B (le bruit des organes) alors non A (la maladie) ». Le côté sophistique est d'ajouter l'opposition vie/mort, car la maladie c'est encore la vie, qualifiée par le bruit plutôt que par le silence. Mais le sophisme est porteur d'une vérité, tout comme la poésie, et on se souviendra que le rhume le plus banal est susceptible d'éveiller une vive angoisse.

¹⁰⁴ Il y a des hypothèses concurrentes ou complémentaires (l'*Erlebnis* de l'intolérance médicamenteuse répète une position d'impuissance, d'échec, ou de victime ; elle affirme au médecin que le patient lui aussi est capable de savoir, etc.).

¹⁰⁵ Sur ce point où je puis encore exercer une autonomie par ailleurs réduite à la portion congrue, pas question de céder.

¹⁰⁶ Pour l'heure, elle n'a pas encore été démentie par les expérimentations menées avec certains patients.

¹⁰⁷ Faire le tri entre toutes les hypothèses que soulève une conviction erronée suppose en effet une enquête (donc une expérimentation du genre de celle à laquelle participent conjointement l'analysant et l'analyste) qui trouve rarement sa place en clinique médicale.

plus souvent, l'idée qu'il y a du jeu – c'est-à-dire une articulation entre pièces séparées, et non une voie unidirectionnelle ou une identité – entre sensation/perception et opinion/donation de sens/interprétation. C'est le cas de Michel, rapporté plus haut.

C.2 VALEUR DE LA PERCEPTION

Michel donne en effet à entendre tout autre chose. Il a des perceptions, ténues et toutefois suffisamment précises pour en produire une description détaillée. Pourtant il doute (encore) de leur statut, de leur position sur une échelle de réalité sur laquelle il entend occuper à la fois les places de l'observé et de l'observateur, comme toute personne qui entreprend le récit de sensations corporelles. Il se pourrait que les lectures alarmistes auxquelles il s'est livré et leur interprétation dramatique aient quelque chose à voir avec l'instillation d'un doute¹⁰⁸. Ce qui est remarquable, me semble-t-il, est que le doute ne porte pas sur la signification, sur l'interprétation, mais qu'il porte sur la perception elle-même. Là où la douleur peut servir d'indice de réalité (pince-moi, pour que grâce à la douleur, je m'assure de ne pas rêver), c'est ici la réalité-même de la douleur qui est remise en cause : comment s'assurer qu'on n'a pas rêvé la douleur ? Peut-on dire : réveille-moi, pour que grâce à la veille, je m'assure de n'avoir pas mal ?

Ici la vulnérabilité de l'*Erlebnis* se situe au point où la sensation est qualifiée, elle porte donc sur la condition de possibilité de l'expérience. Quelle expérimentation concrète pourrait être proposée à Michel (qui ne soit pas celle radicale d'un certain René Descartes), pour lui éviter de donner trop vite une réponse affirmative définitive à ce qui est encore à l'état de question : est-ce que j'ai (vraiment) mal ?

« Est-ce que j'ai mal ? » La question contient, au titre de possibilités, à la fois l'actualité de la douleur et son absence. Le doute est permis, mais il est inconfortable. Nous avons porté notre interrogation sur le statut de la perception, et la fiabilité qu'on lui attribue pour attester de l'authenticité de l'expérience (ou plutôt du contenu de vérité impersonnelle qu'elle recèle, car on a par principe écarté le fait que Michel soit décidé à tromper son interlocuteur). Mais il est possible que l'important soit ailleurs, c'est-à-dire non pas au niveau de la sensation, mais du langage dans lequel elle est exposée, explicitée, décrite, comprise, interprétée.

Barbara Cassin souligne que « celui qui dit dit un dire, et cela nous fait sortir de la préoccupation de la référence »¹⁰⁹. Oui, et cependant en médecine on ne peut pas du tout lâcher le rapport à la référence. Faire la part *dans le discours* de Michel de ce qui peut renvoyer à une référence qu'il faut découvrir (le médecin est formé à la chercher dans les altérations de la matérialité corporelle), voilà pour le médecin et le malade l'expérience à mener, la difficulté pratique étant que le discours qui fournit le seul matériau d'enquête directement accessible (les modifications corporelles rapportées ne sont plus visibles, et l'examen clinique est normal) est *a priori* un « triporteur » de l'expérience : une part (du discours comme de l'expérience) se réfère

¹⁰⁸ QUINCHE Florence, « Perceptions médicales versus sensations internes. Percevoir la maladie : le point de vue médical face au ressenti du sujet », in Alexandre KLEIN (dir), *Les sensations de santé*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 2010, p.131-56.

¹⁰⁹ CASSIN Barbara, *Jacques le Sophiste...*, op.cit.

au fait morbide dont on suppose la possibilité d'existence (lésion, donc bruit, sensation verbalisée comme on peut pour la signaler au médecin) ; une part se réfère à l'expérience de pensée et aux conduites générées par cette expérience corporelle (inquiétudes, navigations sur l'Internet, etc.); une part n'est pas référentielle, elle n'existe pas avant le discours, c'est le discours qui fait être, qui amène à l'existence : une part de l'expérience vécue est construite par le discours. Même si les propos du malade s'adressent au médecin, ils produisent un effet sur le locuteur. Se dire inquiet c'est s'inquiéter soi-même. Ce n'est pas que l'expression à haute voix d'une pensée qui la « précèderait » (on verra dans un instant que ce n'est guère possible), c'est une mise en inquiétude active de soi, se rendre inquiet. Nous reviendrons sur les esthésies du patient dans le chapitre suivant.

C.3 UN MELANGE DE SENSATIONS ET D'OPINIONS

Un des problèmes qui se pose en médecine clinique est celui de la concordance entre l'expérience vécue et le fait observable, et avant cela l'accès ou non du récit de l'expérience au statut d'indice non trompeur d'un processus pathologique à découvrir. On aimerait bien pouvoir s'en remettre à l'investigation – sans préjugés – de la nature. Mais ne s'expose-t-on pas toujours à une illusion ?

Nous avons déjà évoqué l'aliénation et la coupure entre corps et parole (Cf. chapitre I). Le décalage entre sensations brutes et message est perceptible de manière plus nette encore dans le récit de rêve et le délire : il y a, dans les deux cas, par rapport à l'expérience passive du « vécu pur » du rêve et de l'onirisme, une expérience active, réalisée, qui implique un « jeu » du moi¹¹⁰.

Paolo Virno aborde et éclaire ce point d'une autre manière. Il prend appui sur Wittgenstein et son exemple de la douleur pour traiter de la négation : l'imagination de *Homo sapiens* est faite d'un « mélange de sensations et d'opinion »¹¹¹ ; son mode opératoire conjoint la perception immédiate de la douleur et le contenu sémantique de l'énoncé « j'ai mal »¹¹². C'est à partir du moment où, dans l'enfance, on acquiert une certaine familiarité avec la négation, qu'on découvre grâce à la négation (« je n'ai pas mal »), la distance qui sépare l'état de choses qu'on vit et l'énoncé qui en rend compte (« j'ai mal »). Cette distance ouvre le champ de toutes les opinions : elle n'est pas manifeste dans l'énoncé affirmatif (j'ai mal), mais s'affiche dans la négation (je n'ai pas mal), et aussi dans la question (est-ce que j'ai mal ?). Dès lors que l'animal humain est pris par le langage, l'imagination ne peut plus revenir à la perception brute. Nos expériences vécues, nos *Erlebnisse*, ont toujours affaire au mélange inextricable de sensations brutes pré linguistiques et de langage¹¹³.

C'est en cela que l'expérience de Michel est à la fois banale (car il ne saurait en être autrement dès lors que la conscience affleure la distance qu'instaure le langage dans notre expérience – le corps est pris dans le langage) et vertigineuse dans ses implications (le réel de

¹¹⁰ LACAN Jacques, « Intervention sur l'exposé de J. Rouart... », art.cit.

¹¹¹ PLATON, *Le sophiste*, trad. Nestor L. Cordero, Paris, GF Flammarion, 1993, 264b. Opinion traduit ici le grec *doxa*.

¹¹² VIRNO Paolo, *Essai sur la négation...*, op.cit., p. 135 sq.

¹¹³ Ibidem.

mon corps, je m’y cogne sans toutefois l’atteindre vraiment). C’est en cela que toute emprise d’une idéologie qui remplit le champ de l’opinion va se répercuter sur l’expérience elle-même : autrement dit, il n’y a pas d’expérience originaire, non contaminée par le langage, et donc par l’opinion. Est-ce que je souffre de la nouvelle formule du Lévothyrox^o ? La rumeur publique fait basculer de l’interrogation à l’affirmation, et se trouve perdue de vue la distance entre vécu et compte-rendu. Le malade – mais le médecin, comme tout un chacun, est logé à la même enseigne bien entendu – n’est donc pas protégé par son *Erlebnis* de devenir sophiste quand il interprète l’ensemble de ses expériences. Quoiqu’il en pense, et quoiqu’il s’en défende parfois avec véhémence, son *Erlebnis* n’est pas immunisée contre l’opinion. Et il est commun d’admettre que le médecin, quand il est malade, ne parvient pas bien à être son propre médecin : c’est qu’il n’est pas automatique de passer de l’*Erlebnis* à la connaissance utile. Ogien malade conteste une supériorité épistémique (mais aussi morale et politique) au souffrant¹¹⁴. Quel savoir tirer alors de l’*Erlebnis*, et en particulier dans le cadre de la rencontre médicale ? Se confronter à ces conditions communes de l’expérience humaine n’est pas le moindre gain de savoir qu’on peut retirer de ces *Erlebnisse*, et pour le médecin il en va de même : il se trouve confronté au réel de sa clinique, à la limite logique de toute connaissance possible alors même qu’elle s’éprouve.

Dans un autre registre, Lacan a tenu des propos assez proches :

« Il ne s’agit point là d’enregistrer les déclarations du sujet que nous savons dès longtemps (c’est là peut-être un des points désormais admis de la psychologie psychiatrique) ne pouvoir, de par la nature même du langage, qu’être inadéquates à l’expérience vécue que le sujet tente d’exprimer »¹¹⁵.

Malgré ces restrictions, il y a néanmoins une expérience vécue. Quel sera alors son traitement ultérieur, dans la rencontre médicale ? Nous reviendrons, dans le chapitre suivant, sur la sensibilité (du médecin) aux esthésies du patient. Peut-on, s’interrogeait Lacan aux prises avec les conceptions psychiatriques de la folie qui avaient cours dans les années 1930¹¹⁶ – et c’est bien la même question qui nous intéresse en clinique somatique –, peut-on « reconnaître la primordialité dynamique et l’originalité de cette expérience [l’expérience vécue] (*Erlebnis*) par rapport à toute objectivation d’événement (*Geschehnis*)? »¹¹⁷ Ne faut-il pas compléter la connaissance scientifique par une phénoménologie ? Lacan a salué l’œuvre de Merleau-Ponty, qui

« démontre (...) de façon décisive que toute saine phénoménologie, de la perception par exemple, commande qu’on considère l’expérience vécue avant toute objectivation et même avant toute analyse réflexive qui entremêle l’objectivation à l’expérience »¹¹⁸.

Devant un « fait » surprenant, nous avons tendance à réagir en fonction des postulats rationnels de notre physique et de notre morale. Les postulats fonctionnent comme des

¹¹⁴ OGIEN Ruwen, *Mes mille et une nuits...*, op.cit., p.109-119.

¹¹⁵ LACAN Jacques, « Psychologie et esthétique », compte-rendu du livre de Eugène MINKOWSKI, *Le temps vécu. Études phénoménologiques et psycho-pathologiques*, *Recherches philosophiques* 1935, fac. 4 : 424-31.

¹¹⁶ Une présentation inédite de cette période et de son influence sur le passage du neuropsychiatre Jacques Lacan à la psychanalyse a été proposée par ORELLANA Jorge Banos, *Jacques Lacan 1901-1932. Bildungsroman*, op.cit.

¹¹⁷ LACAN Jacques, « Le problème du style et la conception psychiatrique des formes paranoïaques de l’expérience », *Minotaure* 1933 ; 1. Texte repris dans *Premiers écrits sur la paranoïa* publié à la suite de la thèse *Psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, Paris, Seuil, 1975.

¹¹⁸ LACAN Jacques, « Propos sur la causalité psychique » (1946), *Ecrits*, Paris, Seuil, 1966, p.151-96.

préjugés, dont ils perdent ce caractère de construction s'ils sont intégrés au langage courant du métier. C'est dire que le médecin n'est peut-être pas le mieux préparé à accueillir l'expérience vécue du malade comme « primordiale » par rapport à l'objectivation qu'il vise. Mais comme le malade lui aussi est pris dans le langage, on ne peut pas dissocier ce qui relèverait d'une expérience primordiale pré linguistique et ce qui apparaît comme un entrelacs de perceptions et d'opinions. La situation est schématiquement la suivante : ni l'objectivation scientifique ni la phénoménologie la plus fine ne permettent un accès direct au réel que le médecin escompte modifier par la thérapie. Le réel de la clinique est que l'accès au réel du corps emprunte des sentiers latéraux. On attribue à William Osler la citation suivante : « Dans la recherche de la vérité absolue, nous visons à l'inaccessible et nous devons nous contenter de parties brisées ».

Pour tout un chacun, un voile d'incertitude plane potentiellement sur toute perception. Si c'est là notre condition d'êtres parlants, il faut s'en accommoder. Par contre, celui qui ne s'en accommode pas va peut-être tenter d'échapper à l'incertain en projetant une conviction plus ou moins bien fondée, plus ou moins bien ancrée, et qui fera passer de l'interrogation à l'affirmation, en rejetant à l'extérieur la négation. La question « Est-ce que j'ai mal ? » disparaît quand elle verse dans l'affirmation « j'ai mal ». Si c'est le cas, on peut entendre « Le Lévothyrox^o est la cause de mes troubles digestifs », ou encore « La maladie de Lyme est la cause de ma fatigue », ou encore « L'aluminium des vaccins est la cause de mes douleurs musculaires », non pas comme une expérience primordiale, mais comme la relève affirmative qui éjecte brutalement le doute que maintenait encore l'interrogation (« est-ce que l'aluminium des vaccins est la cause de mes douleurs ? », etc.). Je fais l'hypothèse, hasardeuse peut-être, que l'assertion affirmative sera d'autant plus véhémement que le doute serait taraudant (serait, car il n'est pas remémoré consciemment, ou du moins, pas livré comme tel : à vrai dire, la menace seule peut suffire)¹¹⁹.

Soit. Reste la difficulté pratique de soigner, qu'on ne saurait évacuer en étiquetant toute conviction alternative de quasi-délire, ne suscitant dès lors aucun autre intérêt légitime que celui qui anime le collectionneur d'un cabinet de curiosités. Nous nous efforçons de remonter à des descriptions les plus minces possibles des perceptions. Si les médecins n'apprécient guère que les malades s'expriment en termes médicaux pour rapporter leurs symptômes, ce n'est pas comme on le croit généralement parce qu'ils réagissent à une intrusion dans leur chasse gardée, mais c'est parce qu'il est impossible de savoir si l'emploi de ces termes est une opinion correcte associée à la sensation, ou un emploi fautif qui ne fait que brouiller les pistes¹²⁰. Pour que l'anamnèse conserve son intérêt (que ce soit pour fournir des signes-indices de la maladie-*disease* ou pour livrer un autoportrait vivant de l'*illness*), son expression verbale devrait éviter les emprunts de stéréotypes, qui en viennent à parler à la place du malade.

¹¹⁹ Evidemment, quand des médecins suggèrent eux-mêmes ces affirmations, ou les confirment, on ne peut que constater les dégâts. Comme illustration exemplaire, voir par exemple le livre de Judith ALBERTAT, *Maladie de Lyme. Mon parcours pour retrouver la santé*, op.cit.

¹²⁰ L'emprunt au vocabulaire technique est facilité par le discours du médecin qui fixe parfois une narration complexe dans un syntagme qui fonctionnera ensuite comme un talisman, mais aussi par la fréquentation des réseaux sociaux et des forums. Les malades apprennent alors des pairs comment ils doivent nommer ce qu'ils ressentent. Finalement certains malades énoncent leurs symptômes dans le vocabulaire standardisé par les sites internet les plus fréquentés : leur *Erlebnis* unique perd toute singularité au moment même où ils veulent en faire reconnaître la valeur.

Chapitre IX

Pascal est un jeune homme au bout du rouleau, épuisé physiquement et nerveusement. Sur une période de deux années consécutives, il a composé pas moins de six récits circonstanciés très différents de ses symptômes, de leur mode de survenue, de leur évolution. Tous les récits étaient « contaminés » par des constructions savantes issues de ses propres investigations sur la Toile. A partir de sensations physiques, il a voulu participer aux recherches des très nombreux médecins qui se sont penchés sur son cas, constatant que chaque hypothèse soulevée se trouvait ensuite démentie par les tests les plus probants. Bien des examens avaient montré des déviations par rapport aux marges normales, et Pascal cherchait à comprendre. Il s'est ainsi reconnu dans les descriptions médicales du syndrome de Lambert-Eaton, de l'insuffisance ventriculaire gauche, de la maladie cœliaque, de l'hypocorticisme, de la stéato-hépatite. A plusieurs reprises, les sensations dont il rendait compte étaient nommées autrement : par exemple, la fatigue devenait parfois fatigabilité (Lambert-Eaton), ou intolérance à l'effort (insuffisance cardiaque), ou déconditionnement neuromusculaire (fibromyalgie), pour mieux s'intégrer dans chaque cadre nosographique. Un *primum movens* psychique était récusé, puisque les sensations primitives étaient corporelles, les pensées inquiètes étant secondaires. Il pouvait à peine accepter la remise en question de ses hypothèses, tant l'ensemble sensations (indubitables)/opinions (autorisées : il avait à cœur de s'informer de données savantes) formait un corps compact, presque inamovible, au point de prendre l'allure d'une conviction délirante que rien ne pouvait ébrécher. Rien ne peut contester une expérience vécue comme primordiale.

Si on suppose une séquence : perception puis interprétation, on a coutume en médecine de considérer des situations telles celle de Pascal comme des interprétations erronées de perceptions qu'on ne remet pas en cause dans leur nature¹²¹.

Dans une étude sur la paranoïa (on verra plus loin la raison de ce détour à propos d'un patient qui ne relève probablement pas de ce cadre nosologique) Lacan estime que l'expérience délirante a le caractère primordial d'une expérience vécue qui ne manque pas de cohérence, et que l'altération a lieu davantage au niveau des perceptions que de leur interprétation :

« Le monde propre à ces sujets est transformé bien plus dans sa perception que dans son interprétation, mais [que] cette perception même n'est pas comparable avec l'intuition des objets, propre au civilisé de la moyenne normale »¹²².

Cette remarque de Lacan invite, comme le texte de Virno cité plus haut et le cas de Michel, à considérer la possibilité qu'une transformation se produise au niveau même de la perception, qui diffère de l'intuition habituelle des objets (ici nous considérons que l'objet est le corps). La perception est déjà un mélange de corps et de langage, de sensations et d'opinions. Selon Lacan, la perception dans l'expérience vécue paranoïaque est marquée par deux traits : elle revêt une signification personnelle (l'interprétation travaille la perception elle-même), et un caractère de réalité¹²³.

¹²¹ Par contre, on sait que la vigilance anxieuse renforce l'attention aux sensations corporelles, etc. Comme le dit Hans Castorp, « lorsqu'on prend de l'intérêt aux choses, n'est-ce pas ? on ne tarde jamais à les comprendre... ». MANN Thomas, *La montagne magique, op.cit.*, p.75. C'est pourquoi l'activité corporelle indépendante que manifestent les palpitations sont à ce point inquiétantes,... jusqu'à qu'il leur trouve une justification : Hans Castorp découvre que lorsqu'il pense à Mme Chauchat, il éprouve « le sentiment qui correspondait à son battement de coeur » (ibid., p.195).

¹²² LACAN Jacques, « Le problème du style... », art.cit.

¹²³ « D'une part, en effet, le champ de la perception est empreint chez ces sujets d'un caractère immanent et imminent de « signification personnelle » (symptôme dit interprétation), et ce caractère est exclusif de cette neutralité affective de l'objet qu'exige au moins virtuellement la connaissance rationnelle. D'autre part l'altération,

Pour le redire dans le registre de Virno et étendre ces considérations au-delà du cercle restreint de la paranoïa, on peut proposer ceci : l'expérience de la vie malade peut déboucher sur une para-noïa, littéralement une connaissance à-côté qui revêt deux aspects la distinguant de l'expérience corporelle « normale ». Premier aspect, le caractère de « signification personnelle » que revêt le mélange (inévitables) d'opinion et de sensations. Attribuer un sens à ce qui arrive, imaginer des causes possibles dont la sensation est l'effet, est commun. Imaginer que ce sens est « pour moi » se situe quelque part dans un continuum entre « c'est ma vision des choses, mais elle reste sujette à caution, c'est mon interprétation, ma croyance provisoire, mais il y en a possiblement d'autres » et « ce sens pour moi est une vérité indubitable ». Quand de son côté le médecin affirme qu'il détient l'unique vraie signification d'un symptôme, il se situe en miroir de cette position¹²⁴.

Second aspect, l'immanence et l'imminence du déboire corporel motive la force d'expulsion de la négation (génitif objectif : la négation est expulsée). Le doute peut tourner à vide (folie du doute de l'obsessionné qui reste bloqué sur la question) : s'engager alors dans l'expulsion de la négation qui fait passer du doute à l'affirmation est une manière de couper court à la régression à l'infini qui a jeté son ombre envahissante sur l'*Erlebnis*¹²⁵. Couper court de manière définitive suppose de perdre de vue le doute en adhérant de toutes ses forces à l'assertion affirmative. C'est-à-dire que ce qui se joue pour le délirant paranoïaque sur un mode radical, violent, extrême, est quelque chose dont nous pouvons tous (« civilisé de la moyenne normale ») faire l'expérience à plus petite échelle¹²⁶.

Ne pouvant jouer autrement avec ses sensations, Pascal s'engage éperdument dans la voie du sens. Pour l'interniste, c'est cette *illness* qui est la *disease* principale dont il faut s'occuper, mais il n'est pas question pour Pascal d'être adressé au psychiatre, car cela signifie pour lui la négation radicale de son *Erlebnis* corporelle. La force d'expulsion de la négation est au génitif subjectif, mais l'opérateur est ici le médecin.

Peut-on alors tenter de se resituer – et en le faisant d'y amener le patient – à cet endroit même où se produit le mélange de perceptions et d'opinions ? Lacan poursuivait ainsi la phrase que nous avons citée plus haut :

« Il ne s'agit point là d'enregistrer les déclarations du sujet que nous savons (...) ne pouvoir, de par la nature même du langage, qu'être inadéquates à l'expérience vécue que le sujet tente d'exprimer. C'est bien plutôt malgré ce langage qu'il s'agit de « pénétrer » la réalité de cette expérience »¹²⁷.

notable chez eux des intuitions spatio-temporelles modifie la portée de la conviction de réalité (illusions du souvenir, croyances délirantes). Ces traits fondamentaux de l'expérience vécue paranoïaque l'excluent de la délibération éthico-rationnelle et de toute liberté phénoménologiquement définissable dans la création imaginative ». LACAN Jacques, « Le problème du style... », art.cit.

¹²⁴ – C'est le lactose de la gélule du générique qui a entraîné une poussée douloureuse. – Galéjade. Je vous dis que vous souffrez d'hypocondrie.

¹²⁵ Sur la régression à l'infini et le couper court, je détourne un peu VIRNO Paolo, *Et ainsi de suite – La régression à l'infini et comment l'interrompre*, op.cit.

¹²⁶ Lacan suggère d'ailleurs que dans l'expérience vécue, même morbide, même déformée par le délire, subsiste quelque chose qui rejoint l'universel : « On peut concevoir l'expérience vécue paranoïaque et la conception du monde qu'elle engendre, comme une syntaxe originale, qui contribue à affirmer, par les liens de compréhension qui lui sont propres, la communauté humaine ». LACAN Jacques, « Le problème du style... », art.cit.

¹²⁷ LACAN Jacques, « Psychologie et esthétique », art.cit.

Comment remonter – malgré le langage – à l’endroit et au moment de la greffe du langage sur le corps ? Quand il s’agit d’une affection corporelle, l’examen clinique puis les explorations biologiques et d’imagerie entreprennent l’investigation de la réalité physique dont l’expérience vécue rend compte. Mais quand il s’agit d’une réalité psychique (pensées, croyances, idées délirantes...), cela semble proprement impossible, et c’est bien le problème du « il n’y a rien » qui fait violence. Peut-on alors suggérer d’autres combinaisons possibles, c’est-à-dire, en langage wittgensteinien, d’autres « comportements de douleur » ? Et comment le faire ? Toujours est-il qu’il faut se tenir au plus près de l’expérience concrète, et non pas dans la neutralité du discours rationnel, à distance de l’éprouvé. De même on n’opposera pas à la logique apparemment implacable du paranoïaque une autre logique plus nuancée. L’expérience vécue de la maladie est souvent une passion. Comme toute passion, elle

« n’a de sens et d’existence que pour autant qu’elle représente une action qui lie l’objet au sujet, de telle sorte que la passion ne peut pas être étudiée en dehors de son expérience concrète, de l’objet qui la qualifie. L’objet n’a d’existence et de valeur que pour autant qu’il a une signification inséparable de la vie affective inconsciente du sujet ». ¹²⁸

Là encore, la citation de Lacan est tirée d’un travail sur les psychoses (ici les psychoses passionnelles), mais concerne tout un chacun. L’éprouvé du corps, dès lors qu’il insiste par son intensité ou sa durée, foment volontiers un moment de psychose passionnelle et/ou de paranoïa.

Voici ce que nous en tirons comme indication pratique pour le laboratoire de la clinique : écoutons le récit de ces expériences (parfois adressé à une audience plus large, quand il s’agit de récits publiés, par exemple ceux de Virginia Woolf¹²⁹, Fritz Zorn¹³⁰, Judith Albertat¹³¹, Ruwen Ogien¹³², Philippe Petit¹³³) comme on écoute non pas un délire (avec son cortège de préjugés négatifs) mais un rêve. On n’écoute pas un rêve comme on juge de la véracité d’une proposition en fonction de son adéquation à une réalité objective. Le malade peut s’en offusquer s’il estime qu’on le dépossède de quelque chose d’essentiel. Mais être dépossédé de quelque chose qui nous est douloureux et pénible, n’est-ce pas la possibilité de s’en défaire, d’en être guéri ?

Marie-Rose, hospitalisée pour bilan d’une difficulté respiratoire, ancienne mais s’aggravant, se plaint à l’infirmière puis à un interne qui assurait la visite du week-end : elle est là depuis plusieurs jours pour un bilan de diverses altérations, et on ne s’occuperait pas de ce qui la préoccupe le plus, à savoir des douleurs dans toutes les articulations. Lorsqu’une nouvelle semaine commence, nous reprenons cette plainte. Son ton est assez véhément. Ce qu’elle relate est difficile à mettre en correspondance avec des faits objectifs : les médecins seraient racistes, bâclent leur travail, mettent tout sur le compte de l’excès de poids, la prennent pour une débile, etc. Cherchant à atténuer la portée de ses accusations, je récolte une volée de bois vert : vous ne contrôlez pas tout ce

¹²⁸ LACAN Jacques, « Intervention sur l’exposé de D. Lagache "Passions et psychoses passionnelles" au Groupe de l’Évolution Psychiatrique » *Évolution Psychiatrique* 1936, fasc. 1 :25-7.

¹²⁹ WOOLF Virginia, *De la maladie*, trad. Elise Argaud, Paris, Rivages poche, « Petite bibliothèque », 2007.

¹³⁰ Le narrateur dit d’ailleurs de lui et de sa famille : « nous regardions la vie comme si c’eût été un film » (ZORN Fritz, *Mars*, op.cit., p.81).

¹³¹ ALBERTAT Judith, *Maladie de Lyme. Mon parcours pour retrouver la santé*, op.cit.

¹³² OGIEN Ruwen, *Mes mille et une nuits...*, op.cit.

¹³³ PETIT Philippe, *Philosophie de la prostate*, op.cit.

qui se passe dans votre équipe, etc. Je m'étonne alors de l'attitude agonistique qu'elle adopte, et de la méfiance qu'elle exprime. Est-ce propre à ses rencontres avec la médecine (elle ne tarit pas sur l'incompétence des professionnels auxquels elle a eu affaire) ? Non ! Elle se bat presque contre la terre entière, elle *doit* se battre, car antérieurement elle s'est montrée trop confiante et en a fait les frais. Finie la naïveté, place au combat ! Les douleurs articulaires (sans aucune traduction objective clinique ni biologique) se font les déléguées d'une disposition subjective : « je souffre et personne ne peut/veut m'entendre ». Il faut prendre le ton et le contenu de la plainte douloureuse comme ayant une importance égale, sauf à lui infliger la confirmation de sa réclamation en décrétant que les articulations sont aussi saines que possibles compte tenu de l'âge et du poids... , ou à prendre la direction opposée, et traquer en vain une lésion qui lesterait la véracité d'une sensation.

C.4 EXACTITUDE ET VERITE

L'interprétation intime de l'expérience est un sens donné après-coup, et toute prétention à une reconstruction causale est à accueillir avec précaution. L'inflation herméneutique n'a pas que des avantages¹³⁴. Le témoignage d'un malade peut illuminer le médecin, c'est-à-dire susciter brusquement une idée nouvelle, inattendue, qui aura peut-être des conséquences tout à fait significatives : ainsi Freud qui change de méthode après que Emmy Von N. l'a enjoint de la laisser parler librement¹³⁵. La formation des médecins et des soignants s'enrichit et leur pratique parfois se modifie à cause de propos uniques qui ont fait mouche. Est-ce alors discréditer ces récits que de leur conférer un statut de fiction ? Le malade peut avoir le sentiment que le médecin n'accorde pas vraiment foi à ce qu'il raconte, alors qu'il peut avoir la conviction qu'il fait un rapport fidèle de ce qu'il ressent¹³⁶. La confusion réside dans la valence de la vérité : l'expérience vécue est marquée – phénoménologiquement – par l'incertitude, et la valeur qui y répond, ce n'est pas le canon de la scientificité, c'est la vérité¹³⁷. Autrement dit, si le patient se trompe éventuellement dans son opinion sur « en quoi et comment il est autre », cela ne signifie pas qu'il se trompe en disant « qu'il se sent autre »¹³⁸. Faute de faire la distinction, nous sommes très embarrassés devant des phénomènes comme ceux de la « crise du Lévothyrox^o ».

¹³⁴ Il faudrait s'en expliquer davantage. L'herméneutique suppose un sens préalable caché. Une même séquence événementielle révèle en général, si on l'analyse en suspendant son jugement, une multiplicité de sens possibles (nous avons rencontré la même chose à propos des traces corporelles), l'équivocité, et finalement la décision de sens plutôt qu'un sens imposé (comme on s'incline devant la nécessité des lois de la nature). A contrario, la différence que radicalise l'herméneutique entre comprendre et expliquer peut aussi conduire à l'excès inverse : s'empêcher de se situer dans la relation complexe entre les deux, qui est le lot ordinaire des pratiques scientifiques comme des rapports langagiers. Sur ce dernier point, voir par exemple Isabelle STENGERS, *La volonté de faire science ; à propos de la psychanalyse*, Le Plessis, Les empêcheurs de penser en rond, 1992, p.33.

¹³⁵ « Je lui donne jusqu'à demain pour s'en souvenir. Elle me dit alors, d'un ton très bourru, qu'il ne faut pas lui demander toujours d'où provient ceci ou cela mais la laisser raconter ce qu'elle a à dire » : FREUD Sigmund, BREUER Joseph, *Etudes sur l'hystérie*, op.cit., p.48. C'est Anna O. par contre, patiente de Breuer, qui invente les expressions de *talking cure* et de *chimney sweeping* : mais elle parlait sous hypnose ou contrainte par l'insistance, les supplications ou certains artifices, selon Breuer qui raconte le cas (Ibid., p.21-22).

¹³⁶ J'indique ici la méthode que j'ai adoptée : quelle que soit la maladie (lésion, altération fonctionnelle, imaginée), le récit des symptômes est toujours à entendre comme mélange d'opinions et de perceptions brutes. Si on règle son écoute et sa boussole de cette manière, il n'y a pas à se comporter différemment d'un malade à l'autre, ou d'un moment à l'autre pour le même malade.

¹³⁷ LACAN Jacques, « Au-delà du 'Principe de réalité' » (1936), *Ecrits*, Paris, Seuil, 1966, p.79.

¹³⁸ CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, op.cit., p.51.

La valeur spécifique de la vérité

« reste étrangère à l'ordre de la science : la science peut s'honorer de ses alliances avec la vérité ; elle peut se proposer comme objet son phénomène et sa valeur ; elle ne peut d'aucune façon l'identifier pour sa fin propre »¹³⁹.

Les « critères vécus de la vérité » sont la certitude, l'évidence, même la non-contradiction. Par contre, ces critères ne sont pas ceux de l'exactitude scientifique. Le savant ne se demande pas si l'arc-en-ciel est vrai,

« seulement lui importe que ce phénomène soit communicable en quelque langage (condition de *l'ordre mental*), enregistrable sous quelque forme (condition de *l'ordre expérimental*) et qu'il parvienne à l'insérer dans la chaîne des identifications symboliques où sa science unifie le divers de son objet propre (condition de *l'ordre rationnel*). »¹⁴⁰

Au point où nous en sommes, le récit de l'expérience se trouve écartelé entre le domaine du (quasi) délire et celui de la description factuelle : dans un cas le médecin dénierait que l'expérience produise un savoir utile sauf à qualifier l'expérience elle-même de pathologique, ou à enrichir ses souvenirs d'anecdotes hautes en couleurs, dans l'autre il se féliciterait parfois d'avoir été mis sur la bonne voie quand un détail significatif aura été repéré, et se désolera souvent d'avoir été trompé par les propos du patients ou par son interprétation fautive (car souvent trop hâtive). Pressé de diagnostiquer pour traiter, le médecin sera souvent tenté de couper court au récit pour engager des examens plus précis pour objectiver la maladie.

Il me semble qu'il ne faut pas en rester là, car c'est bien, dans les deux cas, « la réalité psychique » qui se trouve ainsi être écartée. Et c'est encore Lacan qui nous montre la voie, en rappelant que Freud, dans une attitude de « soumission au réel », a reconnu que, comme la majorité des « phénomènes psychiques se rapporte à une fonction de relation sociale, il n'y a pas lieu d'exclure la voie qui de ce fait y ouvre l'accès le plus commun : à savoir le témoignage du sujet même de ces phénomènes ». Lacan suppose que si le témoignage du malade est frappé d'ostracisme par le médecin, c'est que celui-ci s'agace d'y retrouver ses propres préjugés !¹⁴¹.

Si la narration de soi ne retient généralement que l'intéressant, le remarquable, l'émouvant, la règle de ne rien omettre « promet au niveau de l'intérêt [...], tout ce qui « se comprend de soi », le quotidien et l'ordinaire : voici une forme d'expérimentation, d'expérience méthodiquement menée.

Si la narration de soi privilégie ce qui apparaît cohérent, la condition de non-systématisation

« accorde une présomption de signification à tout un rebut de la vie mentale, à savoir non seulement aux représentations dont la psychologie de l'école ne voit que le non-sens : scénario du rêve, pressentiments, fantasmes de la rêverie, délires confus ou lucides, mais encore à ces phénomènes qui, pour être tout négatifs, n'y ont pour ainsi dire pas d'état civil : lapsus du langage et ratés de l'action »¹⁴².

¹³⁹ LACAN Jacques, « Au-delà du 'Principe de réalité' », op.cit.

¹⁴⁰ Ibidem.

¹⁴¹ Ibidem. Mais, pour que le témoignage soit réellement une voie d'accès à la réalité psychique et pas seulement une sélection des réactions psychiques qu'on met en récit, il faut exiger « l'intégralité du texte et qu'on le libère des chaînes du récit. Ainsi se constitue ce qu'on peut appeler *l'expérience analytique* »

¹⁴² Ibidem.

Autrement dit, il se passe exactement la même chose pour le récit de l'expérience que pour les traces corporelles. Si ce qui est donné comme matériau signifiant, dans l'expérience analytique comme dans la consultation médicale, c'est d'abord du langage, il est malaisé de rapporter ces signes ténus ou insensés au sujet de la connaissance, à la pensée du sujet. Et puis, dans le langage, quelle est l'unité qui compte : la phrase, le mot, le phonème ? Cela dépend ! Il peut être utile de s'exercer à imaginer « que chaque mot serait un petit visage », de s'entraîner à ressentir différemment le « pas » de la marche et le « pas » du ne...pas de la négation, le « car » substantif et la conjonction « car » (je reprends les exemples de Wittgenstein¹⁴³), autrement dit de s'appliquer à entendre, à saisir les mots pour eux-mêmes.

Le point délicat de la *tekhne* médicale est qu'il faut, en écoutant le récit que fait le malade de ses symptômes, se situer à la fois dans le régime de l'exactitude scientifique et dans celui de la vérité subjective. Le patient par sa plainte informe le médecin de l'état du monde (son corps comme objet) et de l'état de son monde (le corps qu'il est) : il faut alors considérer les pensées, les fantasmes, les croyances, comme tout aussi réelles que l'inflammation des articulations. De plus, si la découverte freudienne sur le plan de la technique a consisté à laisser parler le patient parce qu'une part du savoir qui importe pour élucider le symptôme est de son côté, mais inconscient, alors l'oreille du médecin est en quelque sorte réglée sur trois régimes entremêlés de la parole : une seule et même phrase véhicule des signes qu'il doit interpréter en termes médicaux pour faire un diagnostic ; elle est l'expression d'une narration qui frappe imagination et affects, dont le médecin se sert pour comprendre le malade ; des signifiants peuvent s'y faufiler, mi-disant un savoir qui surprend même le locuteur s'il s'entend dire ce qu'il a dit, et dont le médecin n'a rien à faire le plus souvent, sauf à en prendre acte, mais parfois cela lui permet dans des situations enlisées d'emprunter une direction inédite¹⁴⁴. Schématiquement ces trois régimes sont donc : exactitude (recherchée) de la maladie ; vérité (affirmée) individuelle ; vérité (qui *se dit*) du sujet (de l'inconscient). A s'en tenir à l'idée que le malade ne fait que communiquer imparfaitement des informations relatives à l'état objectif de son fonctionnement corporel, on en oublie que l'expérience de la maladie met en cause notre rapport au monde et modifie le rapport au langage¹⁴⁵. Cette dimension, capitale me semble-t-il dans l'écoute de l'expérience du malade risque de passer inaperçue dès lors que l'accent est mis sur l'*expertise* du patient, alors qu'il traverse une *épreuve* où les formes se défont. Nous y reviendrons un peu plus loin.

Autre dimension facilement inaperçue : « le langage avant de signifier quelque chose, signifie pour quelqu'un¹⁴⁶ ». Le malade veut dire quelque chose au médecin, il a une intention (démonstrative, revendicative, persuasive, etc.) qui s'exprime (parfois sur un mode de dénégation : « je ne veux pas vous influencer, docteur, mais... »)¹⁴⁷. C'est la *méconnaissance*

¹⁴³ WITTGENSTEIN Ludwig, *RPPI*, op.cit., p.82-85.

¹⁴⁴ Ainsi Victor, craignant que les symptômes physiques qui l'avaient fait consulter n'annoncent un cancer encore caché, et tellement caché qu'il s'en remettait maintenant à l'interniste après avoir épuisé beaucoup de spécialistes d'organes, qui s'entend dire, dans un récit par ailleurs fort bien huilé, « si j'avais un cancer, je serais dans vos mains ». Cela a résonné pour lui bien autrement qu'une tournure maladroite pour exprimer qu'il serait soigné.

¹⁴⁵ WOOLF Virginia, *De la maladie*, op.cit., p.49-51 : « Lorsque nous sommes malades, les mots semblent doués d'une qualité mystique. (...) dès que nous déclinons (...) les mots livrent leur parfum, distillent leur saveur ».

¹⁴⁶ LACAN Jacques, « Au-delà du 'Principe de réalité' », op.cit.

¹⁴⁷ Ibidem.

de cette dimension qui pose problème au médecin car elle modifie les prémisses de son raisonnement pratique. Mais sa *reconnaissance* n'est pas à elle-seule une « solution » : car si les représentations que se fait le malade sont en tant que telles subjectivement vraies, les respecter (c'est à dire, les tenir à distance respectueuse de notre investigation) n'est pas la meilleure manière d'en faire un matériau clinique, c'est à dire mis à l'épreuve. Or c'est la condition pour que la rencontre clinique soit réellement une expérimentation dont les deux protagonistes seront les investigateurs.

Peut-on passer de l'expérience de la rencontre clinique elle-même à une conclusion scientifique ? Non, si on entend par là objectiver des propriétés psychologiques de l'individu. L'expérience clinique, comme l'expérience analytique, implique par contre la possibilité de l'émergence d'une vérité qui ne peut qu'être dite car la parole la constitue¹⁴⁸. En médecine somatique, l'expérience vécue du malade, constituée comme fait observable et observé par et dans l'expérimentation qu'est l'entretien médical, peut aussi déboucher sur une conclusion exacte. Les deux dimensions ne sont pas exclusives l'une de l'autre, et tout particulièrement quand tout ou partie des symptômes n'ont qu'un lien ténu avec des lésions objectives (situation la plus fréquente).

Aussi il faut toujours être extrêmement attentif au récit et être toujours prêt à ne pas l'entendre comme un énoncé qui décrète un savoir inquestionnable, mais plutôt comme un récit de rêve, donc avec un statut ambigu, car l'authenticité de la narration est distincte de la description objective de l'état du monde. Nous reviendrons sur ces questions sous l'angle esthétique au chapitre suivant.

D. DE L'EXPERIENCE A L'EXPERTISE

Forts de ces considérations, comment discuter du patient-expert ? Il nous faut passer par des considérations qui relient l'expérience à l'expertise.

D.1 CONFLIT D'EXPERIENCES OU D'EXPERTISE

L'expérience vécue d'Astrid, relatée plus haut, s'est vue fragilisée par l'arrogance suffisante du savant, de l'expert pourtant riche de son expérience acquise par de longues années de pratique, et riche de connaissances générales par la fréquentation régulière de la littérature académique. Astrid était pourtant prête à faire un essai visant à tester ses croyances (je suis sensible aux médicaments, ce médicament provoque à la fois une amélioration des symptômes et des effets indésirables, il est possible que la dose prescrite soit trop élevée) au travers d'une expérience (réduire la dose et observer les effets qui en résultent du point de vue de l'efficacité

¹⁴⁸ LACAN Jacques, « Le Mythe individuel du névrosé ou poésie et vérité dans la névrose » (1953) *Ornicar ?* 1978 ; 17-18 : 290-307 : « C'est bien en quoi l'expérience analytique n'est pas décisivement objectivable. Elle implique toujours au sein d'elle-même l'émergence d'une vérité qui ne peut être dite, puisque ce qui la constitue c'est la parole, et qu'il faudrait en quelque sorte dire la parole elle-même, ce qui est à proprement parler ce qui ne peut pas être dit en tant que parole. »

et de la tolérance) qui a de profondes analogies avec la démarche expérimentale : posons une question à la nature et guettons sa réponse.

La vulnérabilité de l'*Erlebnis* individuelle est sa condition humble au regard des conditions de l'expérimentation scientifique qui exige le contrôle des paramètres susceptibles d'influer sur le résultat. Il semble toutefois qu'ici le médecin pourrait facilement se risquer dans l'expérimentation *avec* le patient. Qu'est-ce qui peut le retenir ? Le savoir de la science, que le médecin pense incarner, s'interpose apparemment à la possibilité de la production d'un savoir nouveau, fût-il embryonnaire car limité à un seul cas¹⁴⁹. Mais c'est là une façon bien commode de régler la difficulté. Car le savoir scientifique n'a de cesse d'être remis en question, il n'est jamais acquis définitivement. C'est plutôt la doctrine figée, le scientisme du médecin, qui fait ici obstacle. Bien sûr, on peut aussi lire à bon droit l'épisode relaté comme une figure des jeux de pouvoir qui irriguent les consultations : l'initiative du malade est vécue par le médecin comme une contestation de son expertise. Mais qu'est-ce qu'un (médecin) expert ?

D.2 LES MODES D'EXPERTISE DU MEDECIN

Expertise peut s'entendre dans un sens constitutif, au sens d'une compétence possédée ou non. Si ma langue maternelle est le français, je suis expert en français, quand bien même je commets des erreurs de grammaire. Par une formation spécifique, je peux devenir compétent dans une langue étrangère.

Expertise peut s'entendre aussi au sens relatif : pour une activité donnée, il y a une hiérarchie dans l'excellence qui s'étend du novice à l'expert. N'est alors pas expert en français celui qui n'utilise que de 500 mots. L'expertise peut être situationnelle, technique, théorique, morale, esthétique... L'expertise professionnelle est un savoir-faire [en allemand *Fertigkeit*], qu'on peut difficilement décrire exhaustivement en termes de compétences [en allemand *Fähigkeiten*]. Le compétent dans une activité n'est pas encore expert. En effet, l'expert de cette activité la pratique intelligemment, il ne fait pas que satisfaire certains critères, il est capable des appliquer : « on décrit comme soigneuses et habiles »¹⁵⁰ les actions de celui qui possède un savoir-faire. On attend d'un professionnel consciencieux qu'il s'améliore avec l'expérience et l'étude, et donc qu'un plus grand nombre d'épithètes d'intelligence s'appliquent au fur et à mesure à son activité¹⁵¹.

Mais cette division de l'expertise (constitutive ou relative) n'est pas la seule envisageable. On peut aussi distinguer l'expertise du spécialiste et l'expertise de l'homme d'expérience¹⁵². Dans le premier cas, on réserve la qualité d'expert à celui dont l'expertise résulte d'une

¹⁴⁹ La question du « sur-traitement » est régulièrement posée dans la pratique. Des posologies inférieures aux recommandations sont parfois dictées par la mauvaise tolérance du médicament, mais les enseignements potentiels de ces expérimentations miniatures sont rarement colligés au-delà de l'expérience individuelle du médecin. Il y a des exceptions notables en cancérologie, ou des protocoles « allégés » sont testés contre les protocoles conventionnels quand ces derniers produisent des séquelles notables qui grèvent l'efficacité brute. Ainsi de la radiothérapie dans la maladie de Hodgkin.

¹⁵⁰ RYLE Gilbert, *La notion d'esprit...*, op.cit., p.96.

¹⁵¹ ADDIS M, WINCH C, « Introduction », *Journal of Philosophy of Education* 2017 ;51 (3) : 557-573.

¹⁵² Ce second sens est celui des dictionnaires. Par exemple *Le Petit Robert* définit l'expert comme quelqu'un qui a « par l'expérience, par la pratique, acquis une grande habileté ».

spécialisation dans un champ délimité des connaissances théoriques concernant un objet précis. Cet expert, appelons-le l'expert scientifique, est au courant de toutes les évolutions de la connaissance sur cet objet, il en a une connaissance explicite. On le sollicite comme un recours, ou parfois comme un passage obligé, comme dans les procédures d'indemnisation par les assurances. Ainsi, pour pouvoir correctement apprécier les conséquences d'un traumatisme crânien grave, et mettre en place les meilleures conditions du rétablissement mais aussi évaluer finement la hauteur de l'indemnisation, il faut avoir recours à un expert qui saura examiner la cognition, le comportement, le handicap, les besoins d'accompagnement, le préjudice professionnel, etc.¹⁵³ Quelles garanties offre cette expertise de l'expert scientifique ?

Si on considère, dans une perspective constructiviste, qu'est expert celui qu'une communauté a désigné comme tel, la garantie ne tient que le temps du consensus qui l'a proclamée¹⁵⁴. Si on considère en revanche que l'expert peut être évalué objectivement¹⁵⁵, alors on peut s'apercevoir qu'il peut être que bien des experts ont des lacunes, et des lacunes en quelque sorte proportionnelles à leur hyperspécialisation, si celle-ci les rend incapables d'appréhender des réalités plus vastes. « Sa compétence est profonde mais limitée »¹⁵⁶. La performance de l'expert n'est optimale que dans certains contextes précis, parce qu'elle reste confinée à un domaine spécifique, balisé, inflexible¹⁵⁷. D'un côté, l'expertise suppose l'incorporation de routines et d'automatismes qui lui permettent d'améliorer ses performances. Mais de l'autre ses automatismes sont associés à des réponses stéréotypées, qui échappent au contrôle : l'expert héberge alors un genre de monstre cognitif, qui n'est plus sous contrôle car il agit intuitivement...¹⁵⁸ ! Il se rapproche en cela de l'expert qui tire l'expertise de son expérience.

On admet que l'expertise acquise par expérience est en grande partie tacite, et qu'elle ne peut se résoudre sans reste dans des propositions. On est davantage dans le registre du « savoir-comment » que du « savoir-que » de l'expert spécialiste. Devenir expert s'accompagne de meilleurs résultats, et une part de l'attention peut être employée à d'autres tâches. Cela suppose de nombreuses heures d'exposition et de pratique¹⁵⁹. Le clinicien d'expérience recule le plus souvent quand on tentera de le revêtir de l'habit pompeux mais peu commode de l'expert, même si le terme d'expertise est devenu courant, notamment dans les sciences et la philosophie de l'éducation, pour désigner le plus haut degré dans l'acquisition de capacités pratiques : c'est l'expertise dans des situations concrètes. Il recule d'autant plus qu'en médecine, nous ne sommes pas dans un domaine de sciences exactes, et qu'il ne s'agit pas seulement de donner un avis, mais de prendre une décision qui débouche dans l'action. L'expert (spécialiste d'un domaine restreint) est rarement celui qui prend la décision, plus souvent celui qui dit laquelle il

¹⁵³ MONTREUIL Michèle, COUPE Christophe, TRUELLE Jean-Luc, « Traumatisés crâniens graves adultes : quel rétablissement ? », *L'information psychiatrique* 2012/4 ;88 :287-94.

¹⁵⁴ ADDIS M, WINCH C, « Introduction », art.cit.

¹⁵⁵ La pratique experte fait une réelle différence dans l'action de l'agent. Cela n'implique pas forcément des attributs identifiables qui font de l'expert qu'il est un expert (cela peut fonctionner comme conditions nécessaires), mais plutôt une capacité d'atteindre des critères pertinents montrés dans l'action qui rend vraie ou fausse la qualité d'expertise (et qui permet d'avoir confiance dans les qualifications professionnelles, expression formelle de quelques uns de ces critères). (ADDIS M, WINCH C, « Introduction », art.cit.).

¹⁵⁶ GRIMALDI André, « Les différents habits de l'expert profane », *Les Tribunes de la santé* 2010/2 ; 27 : 91-100.

¹⁵⁷ KEESTRA M, « Drawing on a sculpted space of actions : educating for expertise while avoiding a cognitive monster », *Journal of Philosophy of Education* 2017 ;51 (3) 620-639.

¹⁵⁸ Ibidem.

¹⁵⁹ Ibidem.

faudrait prendre. Le praticien qui ne cesse de s'en remettre à des experts supposés avant de prendre des décisions deviendra rarement un clinicien chevronné, expérimenté plutôt qu'expert. Pire, le praticien d'expérience peut se trouver déstabilisé par la concurrence de ces « nouveaux experts » qui ne doivent leur qualité qu'à leur position géographique dans l'hôpital. Expliquons-nous : à tout problème posé est supposé répondre le spécialiste *ad hoc*. Une question se pose du choix d'un antibiotique ? On sollicite l'infectiologue. Rien de fautif à cela. La difficulté apparaît quand on préfère déléguer la décision à l'interne de garde du service des maladies infectieuses (qui n'a peut-être passé que quelques mois dans cette spécialité) plutôt que de s'en remettre à sa connaissance expérientielle des antibiotiques (riche de plusieurs années)¹⁶⁰.

L'hyperspécialisation médicale est un exemple au carrefour de toutes ces nuances qualifiant l'expertise : le spécialiste possède une compétence et maîtrise un savoir-faire. La communauté le désigne ainsi mais il en produit aussi des signes objectifs. Ses connaissances pointues dans un domaine de plus en plus restreint s'associent à une expérience croissante qui naît du contact répété avec des malades souffrant de la maladie dont il est devenu l'expert. L'organisation des hôpitaux reflète cette juxtaposition d'experts très pointus. On peut en observer quelques conséquences indésirables¹⁶¹. Il devient de plus en plus difficile d'interroger un spécialiste pointu d'un des sous-domaines de sa discipline initiale sur un point qui relève d'un autre sous-domaine (« Adressez-vous à Untel ») car il quitte alors son champ d'expertise et s'abrite derrière l'étroitesse de ce dernier pour ne pas risquer une parole ou une action. Autre difficulté, de plus en plus de malades se retrouvent finalement dans les interstices. Si on imagine les spécialisations croissantes comme autant de fines branches qui s'écartent à la fois du tronc et les unes des autres, on n'aura pas de peine à se figurer qu'un malade atteint de plusieurs maladies va se trouver non seulement morcelé, mais en suspension dans les intervalles qui séparent les spécialités les unes des autres¹⁶². La polyvalence n'apparaît plus comme une qualité, mais comme l'exact antonyme de l'excellence associée à l'expertise.

Se gardant souvent de prendre leur part dans la prise en charge des malades qui n'excitent pas la pulsion de l'expertise spécialisée au motif qu'ils ne relèvent pas de leurs compétences, certains experts, dans quelque discipline que ce soit, ne se privent pourtant pas toujours de répondre aux questions qui leur sont adressées en-dehors de leur domaine d'expertise, usurpant ainsi l'autorité qu'on leur prête par ailleurs à juste titre. Ainsi, on interroge un spécialiste de la mitochondrie sur le dopage sportif, un tabacologue sur l'innocuité vaccinale, tout comme on interroge un spécialiste de l'histoire des Omeiyades sur l'islam des banlieues, etc. Fragile position de l'expert¹⁶³. On lui demande en fait bien souvent de faire semblant de savoir, pour

¹⁶⁰ Nous dirons à la fin du prochain chapitre comment la phronésis s'en trouve menacée.

¹⁶¹ En dehors de celle-ci, qu'il y a « quelque chose de déplaisant – même si c'est en quelque sorte logique – au prestige croissant dont bénéficie un homme qui peut se vanter d'être si important qu'il devrait être présent partout ». ADORNO Theodor W, *Minima moralia...*, op.cit.,p.187.

¹⁶² On conçoit alors sans difficulté que le patient âgé, dément, diabétique, en insuffisance cardiaque aiguë et fébrile qui se présente aux urgences, ne « relève pas » des spécialistes de la cognition, des endocrinologues ou des cardiologues.

¹⁶³ Autre aspect qui signale la fragilité de l'expert : les débats, controverses et disputes entre experts, qui témoignent de la persistance de l'inconnu, y compris chez les savants.

nous guérir des tourments provoqués par notre incertitude. S'il est expert, peut-être l'est-il en tout ?

D.3 EXPERTISE ET CONNAISSANCE TACITE

Mais revenons à l'expertise la plus commune, celle que confère l'expérience : expertise du passage de l'*empeiria* à une *tekhnē* qui conserve les acquis et les atouts de l'*empeiria*. Dans le contexte professionnel, des compétences transversales sont requises, mais aussi la capacité d'accomplir des activités qui supposent à la fois des actions indépendantes et des actions de coordination ou des actions qui dépendent de celles d'autrui, et une conscience de la situation à différents niveaux de proximité (ce qui dépasse le cadre de simples routines). La position intellectualiste pose que tout savoir-faire peut être ramené à un savoir propositionnel (savoir que – *knowing that*), et que le savoir explicite est la forme première de savoir, dont le savoir tacite (*knowing-how*) n'est qu'une dérivée. Aristote l'avait contestée dans le premier chapitre de la *Métaphysique* abondamment commenté plus haut. De nos jours, cette position est contestée par la connaissance tacite, un des aspects du savoir-faire qui va au-delà de son articulation possible sous forme de savoirs propositionnels, même si une part est transférable par l'exemplification, l'imitation, et l'exercice pratique¹⁶⁴. Cette particularité de la connaissance tacite est bien décrite par Sennett à propos du travail artisanal :

« Le travail artisanal établit un champ de compétence et de savoir qui dépasse peut-être les capacités d'expression verbale : décrire précisément comment faire un nœud coulant met à rude épreuve les talents de l'auteur le plus professionnel (...). C'est là une, peut-être, la limite humaine fondamentale : le langage n'est pas un "outil spéculaire" adéquat pour les mouvements physiques du corps humain »¹⁶⁵.

Mais l'expertise professionnelle suppose aussi des connaissances systématiques sous-tendant l'activité, une capacité à chercher des connaissances adéquates en cas de besoin, et une capacité d'appliquer ces connaissances aux circonstances situationnelles complexes¹⁶⁶.

Le modèle de Dreyfus et Dreyfus est souvent discuté : il décrit, en donnant pour exemples le conducteur de voiture et le joueur d'échec, cinq stades¹⁶⁷, du novice à l'expert en passant par le compétent¹⁶⁸, en indiquant pour chacun les règles selon lesquelles ils agissent¹⁶⁹. Sans entrer dans les détails, le novice débute son apprentissage en suivant des règles explicites, alors que l'expert, immergé dans sa pratique, non seulement voit d'un coup d'œil ce qui doit être fait, mais encore décide comment il va s'y prendre, et sait comment il va parvenir à son but. Mais

¹⁶⁴ ADDIS M, WINCH C, « Introduction », art.cit.

¹⁶⁵ SENNETT Richard, *Ce que sait la main*, op.cit., p.133.

¹⁶⁶ ADDIS M, WINCH C, « Introduction », art.cit.

¹⁶⁷ Novice, Advanced Beginner, Competency, Proficiency and Expertise.

¹⁶⁸ L'expertise professionnelle est déterminée par des critères qui permettent à une communauté de distinguer trois états : débutant / compétent / expert. Ces critères sont insérés dans des pratiques d'entraînement, de formation, d'évaluation, de qualification qui sont davantage que des agréments intersubjectifs. Les deux autres stades sont les intermédiaires entre débutant et compétent (le novice), et entre compétent et expert (le compétent chevronné (*proficiency*)). KOTZEE B, SMIT JP, « Two social dimensions of expertise », *Journal of Philosophy of Education* 2017 ;51 (3):640-654.

¹⁶⁹ DREYFUS Stuart E, « The Five-Stage Model of Adult Skill Acquisition », *Bulletin of Science Technology & Society* 2004; 24: 177.

attention : si on lui demande de décrire les règles dont il fait usage, on le force à régresser au niveau du débutant qui énonce des règles apprises. Tel le *phronimos* d'Aristote, celui qui pratique en expert agit de manière appropriée, en temps opportun, mais ne peut articuler ce qu'il fait en algorithmes qui alimenteraient un système expert¹⁷⁰.

« Il est impossible, pour Dreyfus, de formaliser tout le noyau de connaissance du sens commun dont nous disposons et qui nous permet d'agir dans le monde. La raison en est que cette connaissance du sens commun ne réside pas dans des règles, mais est plutôt relative à un *Arrière-Plan* de pratiques, de routines, d'institutions et d'interactions corporelles avec le monde »¹⁷¹.

Le savoir tacite se manifeste par exemple dans la capacité de trouver une manière d'atteindre un but dans un domaine peu familier : cette capacité est dans la plupart des cas une caractéristique de l'expertise (au sens relatif) qu'on oppose à l'état de novice, ou même à la notion de compétence. Pour devenir expert, on doit remplacer un suivi relâché des règles par une manière d'agir plus impliquée et plus spécifique de la situation. Devenir expert de quelque chose signifie en un certain sens que cette chose lui est devenue naturelle. L'expertise tient entre autres à une perception discriminative qui rend capable d'une réponse appropriée à la richesse du contexte, permettant dès lors une réponse située réussie quasi instinctive. L'expertise ne requiert pas avant tout un répertoire de raisons : l'expert est a-rationnel¹⁷². Pour l'expert, les données d'une situation, quoique disponibles pour le système perceptuel, n'ont pas besoin d'être disponibles consciemment. De plus, les données factuelles de la situation qu'on peut décrire et nommer ne sont pas reliées à l'état d'esprit de l'expert en train d'agir. Le savoir de l'expert résiste à la codification¹⁷³. Avec des nuances : l'apprenti qui imite les gestes du tuteur disposera aussi de quelques savoirs tacites, l'expert use encore de savoirs explicites et une partie de son savoir peut être codifiée.

Par contre, ce modèle de l'expertise professionnelle ne correspond pas bien au modèle de l'agent autonome qui devient le but affiché de toute formation. L'expert est supposé se détacher progressivement d'une pensée délibérative et d'un raisonnement analytique et déductif, au profit d'un agir fluide, impliqué, intuitif : les actions expertes ne correspondent donc pas au modèle d'autonomie et d'agentivité complète¹⁷⁴. Par contre, l'expert par expérience a fait l'acquisition de concepts perceptuels en agissant sur et en réagissant à notre environnement naturel et social, ce dont l'agent autonome n'est pas réputé disposer. Action, observation, mais aussi échanges de langage sont nécessaires à cet apprentissage. Les concepts perceptuels sont acquis par les rapports sociaux plus que par introspection. Nous apprenons les concepts de sentiments et de sensations à travers la communication au cours d'expériences perceptuelles¹⁷⁵. Pratiquer une activité spécialisée amène à réorganiser des perceptions particulières : c'est

¹⁷⁰ DREYFUS HL, DREYFUS Stuart E, « Peripheral vision. Expertise in real world contexts », *Organization Studies* 2005; 26 (5): 779-92.

¹⁷¹ STEINER Pierre, « Introduction cognitivisme et sciences cognitives », *Labyrinthe* 2005 ;20 : 13-39.

¹⁷² GOBET Fernand, « Three views on expertise : philosophical implications for rationality, knowledge, intuition and education », *Journal of Philosophy of Education* 2017 ;51 (3 Special Issue: *Education and Expertise*) : 605-619.

¹⁷³ ADDIS M, « Activity concepts and expertise », *Journal of Philosophy of Education* 2017; 51(3) 574-587.

¹⁷⁴ BUCELLI Irene, « The role of 'autonomy' in teaching expertise », *Journal of Philosophy of Education* 2017 ; 51 (3), 588-604.

¹⁷⁵ WINCH Christopher, « Professional knowledge, expertise and perceptual ability », *Journal of Philosophy of Education* 2017 ;51 (3): 673-688.

l'attention à des détails que ne voit pas le profane, c'est savoir où regarder, savoir ce qu'il faut voir, savoir quand il faut voir et quand il faut ignorer ce qui est donné à voir, etc. L'expertise de l'expérience s'élève au rang de la *tekhnē* mais redescend aussi au stade de l'*aisthēsis*. Il en sera question encore dans le prochain chapitre.

Dreyfus et Dreyfus discutent une difficulté de leur modèle. Si la plupart des conducteurs deviennent des conducteurs expérimentés, seul un petit nombre de joueurs d'échec deviennent des grands maîtres, et peu de basketteurs des joueurs de rang international. Ils évoquent alors l'existence d'au moins deux sortes de « skills » : *crude skills* (marcher, conduire) et *subtle skills* (musique, sport, chirurgie), ce qu'on pourrait traduire par des compétences brutes et des compétences subtiles. Dans les domaines qui requièrent des compétences brutes, il y a une marge d'erreur assez large, du temps imparti pour faire des ajustements, et les résultats ne sont pas irréversibles. On peut exercer l'activité de manière experte tout en faisant quelque chose d'autre en même temps. Aux échecs, en musique, une toute petite différence d'exécution produit un résultat très différent, et être un expert requiert d'apprendre à faire des discriminations subtiles. Il faut aussi savoir agir rapidement. En chirurgie, des différences subtiles peuvent s'avérer critiques¹⁷⁶. Toutefois, dans tous ces cas, il n'y a pas de temps pour la réflexion et la délibération. Moins celui qui agit s'occupe de surveiller en même temps ce qu'il est en train de faire, et plus il est dans le flux de l'action, dans le rythme (*in the groove*), et meilleure est la performance.

Dans la pratique médicale quotidienne, il y a cependant souvent du temps pour la réflexion et la délibération, même si une réponse immédiate et non réfléchie est exigée. Dreyfus et Dreyfus s'interrogent sur la façon d'engager réflexion et délibération qui préserve l'expertise. Alors que la performance de l'expert est le plus souvent « irréfléchie », les meilleurs experts pensent avant d'agir. Mais ils ne pensent pas aux règles selon lesquelles ils choisissent leurs buts ou aux raisons de choisir les actions possibles : ce serait régresser au niveau du praticien simplement compétent. Plutôt, ils réfléchissent au but, à la perspective qui leur semble évidente et aux actions qui semblent appropriées pour y parvenir. Dreyfus et Dreyfus appellent rationalité calculative le type de raisonnement inférentiel dont font usage le novice, le débutant avancé et le compétent, tandis qu'ils appliquent et améliorent leurs théories et leurs règles. Ce que montrent les experts quand ils disposent de temps, c'est une rationalité délibérative¹⁷⁷ : celle-ci est une observation détachée, raisonnée, de sa propre conduite intuitive fondée sur la pratique, en vue de questionner et peut-être d'améliorer cette intuition sans la remplacer par l'action fondée sur la théorie comme le font les praticiens en cours de formation. L'expert est celui qui se prémunit d'œillères en s'efforçant d'envisager la situation de différents points de vue, que ce soit par la réflexion ou le dialogue avec des collègues.

Dreyfus et Dreyfus estiment que la nature de plus en plus bureaucratique de notre société augmente le risque de voir se perdre l'expertise par une confiance exagérée mise sur la

¹⁷⁶ DREYFUS HL, DREYFUS Stuart E, « Peripheral vision. Expertise in real world contexts », art.cit.

¹⁷⁷ Cette dénomination pose une petite difficulté par rapport à la phronēsis, vertu de l'âme calculative, et dévolue à la délibération... « délibérer et calculer étant une seule et même chose » (EN 1139a 14). Nous ne sommes pas entrés dans cette discussion, d'autant que les partitions de l'âme chez Aristote sont changeantes d'un texte à l'autre. On peut comprendre une distinction entre calcul (qui suppose des mesures) et jugement (qui admet des impondérables).

rationalité calculative. Et ce d'autant plus que plusieurs personnes sont engagées dans la décision. Le succès de la science, la disponibilité des ordinateurs, les exigences de transparence tendent à favoriser le traitement d'éléments objectifs par une rationalité calculative. La forme devient plus importante que le contenu. Celui qui entend se plier aux règles explicites risque de prendre des décisions moins appropriées que s'il était autorisé à faire confiance à son expertise intuitive¹⁷⁸.

D.4 LES MODES D'EXPERTISE DU PATIENT. LE PATIENT EXPERT

Qu'en est-il alors du patient expert ? André Grimaldi parle des « différents habits de l'"expert profane" »¹⁷⁹. Selon lui, trois faits de société rendent compte de l'émergence de ce concept qui sonne comme un oxymoron : « la critique de l'expert scientifique, la diffusion du savoir favorisée notamment par les nouvelles techniques de communication, l'existence d'un savoir expérientiel singulier ». Les différentes tuniques de l'expert profane sont les suivantes : le patient expert de lui-même, le patient ressource, l'expert collectif (les associations de patients), et le patient « expert pour les autres ». Feuilletter un ouvrage collectif de sociologie nous convainc assez rapidement que cette typologie recouvre une pluralité de pratiques¹⁸⁰.

Le patient expert de lui-même a déjà été évoqué en parlant de l'*Erlebnis*. Nous y reviendrons plus loin encore.

Que signifie la proposition « Marcel est un patient-expert » ? Est-ce une description d'un état du monde ? Marcel, relativement à la classe comparative des patients, a un statut exceptionnel : il possède une capacité particulière. La proposition est vraie ou fausse, selon que Marcel possède ou non cette capacité. Qui en décide ? Est-ce une déclaration émanant d'une institution certificative, déclaration performative puisque c'est elle qui confère l'accession de Marcel à ce grade ? La proposition ici n'est pas vraie ou fausse, elle échoue ou non, selon que celui qui la prononce a ou non l'autorité pour le faire¹⁸¹. Mais qui, ou quelle institution possède cette autorité ? Dans le *Charmide*, Platon estimait qu'il était malaisé de distinguer un faux médecin d'un vrai médecin¹⁸². Dans certains domaines (par exemple les échecs ou le tennis), ce

¹⁷⁸ DREYFUS HL, DREYFUS Stuart E, « Peripheral vision. Expertise in real world contexts », art.cit.

¹⁷⁹ GRIMALDI André, « Les différents habits de l'expert profane », art.cit.

¹⁸⁰ DEMAILLY Lise, GARNOUSSI Nadia (dir), *Aller mieux. Approches sociologiques*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, 2016.

¹⁸¹ KOTZEE B, SMIT JP, « Two social dimensions of expertise », art.cit.

¹⁸² Dans le *Charmide* de PLATON (170-173) : pour Socrate, il n'est pas évident de faire équivaloir savoir et savoir qu'on sait ou qu'on ne sait pas, c'est-à-dire science et sagesse. Par exemple, on connaît la santé par la médecine, mais pas par la « sagesse » (ici *sôphrosunê*). Si on ne connaît pas les savoirs particuliers, ce n'est pas la *sôphrosunê* qui va nous les apprendre. Le sophron, celui qui possède et cultive la vertu de *sôphrosunê*, dont Socrate et Critias cherchent la bonne définition, ne peut pas faire la différence entre celui qui se fait passer pour un médecin sans l'être et celui qui l'est vraiment. Car savoir qu'on sait ou qu'on ne sait pas (ce que pourrait être une des définitions de la sagesse du sophron) est différent d'un savoir particulier, par exemple celui sur la santé que propose la médecine. Si l'homme *sophron* a l'intention de distinguer le médecin véritable de celui qui ne l'est pas, il s'entretiendra avec lui de médecine. Mais si le sage peut reconnaître au médecin une certaine science, il ne peut la déterminer sans examiner ses objets propres, des cas de santé, les discours médicaux (sont-ils vrais ?), les actes (sont-ils correctement posés ?). Il ne peut le faire sans compétence médicale, et personne d'autre qu'un médecin ne le pourrait, pas même le sage puisqu'il faudrait être médecin en plus d'être sage. Et pour la santé, il vaut mieux la médecine que la sagesse !

n'est pas difficile car la performance est visible. Mais à quels signes extérieurs reconnaît-on un patient-expert?

Si pour le médecin on peut débattre des liens entre théorie et pratique dans la mise en place progressive de l'expertise, pour le patient la position intellectualiste ne tient pas du tout : le savoir explicite est rarement la forme première, c'est au contraire l'*Erlebnis*. Mais comment passe-t-on de l'*Erlebnis* au patient-expert ?

Conviendra davantage une position anti-intellectualiste, telle celle de Ryle, pour qui le savoir-faire est lié à l'apprentissage de résultats par l'exécution répétée de tâches¹⁸³. Savoir-faire et savoir explicite ne sont alors pas considérés comme étant du même genre¹⁸⁴, et l'un n'est pas réductible à ou dérivé de l'autre. Certains contestent l'utilité de cette dichotomie épistémologique dans des processus de certification de compétences, en dehors de sa valeur d'usage dans la langue courante¹⁸⁵. Toutefois, il est probable que posséder un savoir-faire issu de l'exécution répétée de tâches reste insuffisant quand on se situe au niveau des savoir-faire professionnels¹⁸⁶, et il me semble aussi que c'est insuffisant quand on parle d'expert, y compris de patient-expert. Il ne s'agit pas seulement dans le savoir-faire de savoir faire (en deux mots ; *können* en allemand), mais de savoir comment faire (*wissen wie* en allemand)¹⁸⁷.

Selon Tyreman, le véritable domaine d'expertise possible des patients est celui du *management* de leur condition¹⁸⁸. Le médecin manque de certaines compétences pratiques que n'acquiert que celui qui est confronté quotidiennement à des obstacles, à savoir le patient. Ils apprennent à savoir s'ils ont le bon dosage du médicament, mais aussi à savoir comment s'adapter aux restrictions imposées pour mener une bonne vie : c'est davantage le « faire avec » l'*illness* que la compréhension des mécanismes de la maladie/*disease* qui est visé, et clarifier cette distinction est une condition pour des collaborations effectives entre malades et médecins¹⁸⁹. Mieux placés que les médecins pour informer et enseigner d'autres patients, ils peuvent devenir le « patient ressource » de Grimaldi, duquel on ne devrait exiger aucune exemplarité (par exemple d'être bien équilibré s'il est question de diabète), ni des compétences de communication ou des connaissances générales, mais d'être riche d'une expérience qui peut être utile à d'autres, tout simplement. Idéalement, ces savoirs d'expérience sont transmis au médecin dont le malade attend parfois la validation, et enrichissent le praticien pour peu qu'il soit disposé à les accueillir correctement. Devenir « expert pour les autres » est ce qu'on attend généralement du patient-expert dans les discours contemporains. Les savoir-faire développés

¹⁸³ RYLE Gilbert, *La notion d'esprit...*, op.cit.

¹⁸⁴ On peut savoir-que sans savoir comment. Ryle emploie l'exemple d'un joueur d'échec qui connaît les règles et les maximes du jeu, mais ne sait pas jouer. Cela renvoie bien sûr à la Métaphysique d'Aristote, mais aussi à Kant et à sa distinction entre science et art dans la critique de la faculté de juger : ce qu'on ne peut pas faire malgré une connaissance approfondie de l'objet, relève de l'art. Cela renvoie aussi à l'Éthique à Eudème qui ajoute ceci : ce n'est pas savoir ce qu'est le courage que nous désirons mais être courageux, ni ce qu'est la justice mais être justes, tout comme nous préférons être en santé plutôt que de connaître la nature de la santé et avoir une bonne condition physique plutôt que de connaître la nature d'une bonne condition physique (Aristote, EE, 1216b20-25).

¹⁸⁵ LUM Gerard, « Making sens of knowing-how and knowing-that », *Journal of Philosophy Education* 2017 ;51 (3): 655-672.

¹⁸⁶ GOBET Fernand, « Three views on expertise... », art.cit.

¹⁸⁷ Ibidem.

¹⁸⁸ TYREMAN Stephen, « An expert in what?: The need to clarify meaning and expectations in "The Expert Patient" », *Medicine Health Care and Philosophy* 2005; 8:153-57.

¹⁸⁹ Ibidem.

par les patients ont sinon tendance à rester privés, alors que certains ont tout leur intérêt pour d'autres : ils s'échangent à présent sur des forums ou dans et par des associations de malades. Les médiateurs de santé-pairs et les pairs-aidants sont de nouvelles appellations pour des rôles qui oscillent entre le bénévolat et la professionnalisation au sein d'institutions¹⁹⁰.

Tyremen esquisse une répartition : les médecins sont experts dans la compréhension des mécanismes et le management de la maladie objective en tant que catégorie biomédicale, les patients ont l'expertise dans le management de l'*illness*. Le risque de ce partage est la reconduction du vieux système paternaliste : aux médecins les problèmes biologiques importants, et aux patients, aidés par des groupes de pairs, d'apprendre comment vivre avec du mieux possible. Pour éviter cela, il faudrait renverser la hiérarchie entre *disease* et *illness*. Si on met l'accent sur l'*illness*, alors diagnostiquer la *disease* qui en est à l'origine n'est qu'une partie de ce qui est nécessaire¹⁹¹. C'est le « non-expert », le patient, qui est en réalité l'autorité ultime pouvant se prononcer sur l'utilité de ce qu'on lui propose de plus technique par rapport à sa santé.

Ce renversement de perspective est intéressant. L'autorité ne revient pas à l'expert. Il ne faudrait pas alors que le « patient expert » tel qu'on en parle aujourd'hui éclipse l'autorité qui revient de droit au malade en tant que destinataire des soins et ultime juge de leur utilité pour sa santé. Tout patient a un rôle actif à jouer dans la détermination de la fin spécifiée de l'action médicale qui le concerne. En ce sens-là déjà, il est un « patient-expert », puisqu'il participe à l'expertise de la décision, s'il le souhaite. Toutefois, cette autorité de droit ne doit pas faire renoncer le médecin à questionner son utilité.

Juliette est professionnelle de santé, elle consulte pour une fatigue et des douleurs, qui ont été rapportées à une fibromyalgie, un syndrome de fatigue chronique, et un état anxieux. Ce dernier se manifeste notamment par des crises assez fréquentes, au cours desquelles elle éprouve des sensations de mort imminente, d'incapacité à respirer. Au cours des douze années précédentes, à deux reprises ont été diagnostiquées, après-coup, des petites embolies pulmonaires. C'est une situation où un traitement anticoagulant au long cours paraît légitime, pour prévenir la récurrence. Plutôt que d'opter pour cette solution tout en s'attelant au vaste chantier que représente le traitement de son état anxieux, Juliette revit périodiquement des manifestations respiratoires critiques, déniait toute validité à l'hypothèse d'une somatisation anxieuse sur la foi de ses expériences emboliques. L'ensemble n'est réellement intelligible qu'en faisant la part de l'inconscient : son état actuel, aussi peu enviable soit-il, est une manifestation symptomatique de compromis qui la « protège ». Peut-on parler ici de l'expression d'une préférence à respecter ? A quel type d'expertise peut-on se référer ?

La confusion entre *disease* et *illness* redouble celle qui sépare compréhension et expertise. Un patient très bien informé sur sa maladie/*disease* possède une expertise la plus souvent réduite au champ étroit de sa condition telle qu'il en fait l'expérience. S'il se tient au courant des derniers progrès de la recherche, finalement il pourra bien mieux connaître sa maladie que le médecin traitant¹⁹². Ce phénomène s'accroît avec l'accès à l'information. Mais il peut rarement mettre en perspective ces connaissances spécifiques, ne serait-ce qu'avec la

¹⁹⁰ DEMAÏLLY Lise, GARNOUSSI Nadia (dir.), *Aller mieux. Approches sociologiques*, op.cit.

¹⁹¹ TYREMAN Stephen, « An expert in what?... », art.cit.

¹⁹² Ibidem.

physiologie générale. Et puis, est-il pour autant expert de la maladie/*disease* en général ? Sans connaissances professionnelles, peu peuvent maîtriser les interactions avec d'autres processus pathologiques par exemple¹⁹³.

Le sujet malade, le sujet en traitement, développent une série d'activités concrètes, mentales et corporelles, pour vivre avec la maladie et en limiter les effets négatifs. Usages de soi, ce ne sont plus seulement des expériences sensibles passives, mais de réelles expérimentations à propos du rapport à soi, à son corps, à d'autres que soi et d'autres corps¹⁹⁴. Ces expériences de soins adressés à soi « s'exercent généralement en dehors du regard d'autrui »¹⁹⁵. Pereira Paulo et Tourette-Turgis soulignent les analogies avec la démarche d'enquête telle que Dewey la définit : se trouver en situation de danger ou d'incertitude, nécessité de prendre des décisions et d'agir dans des situations inédites, déployer un rapport expérimental à la vie, c'est-à-dire à la fois user de ses perceptions comme signaux, comme connaissances, comme éléments pour agir, et faire des tentatives, des expérimentations concrètes. C'est, comme dans l'enquête, un « rapport à la connaissance poussé par une finalité pragmatique »¹⁹⁶. Contrairement à l'expérience vécue, il s'agit d'une réelle activité qui suppose un apprentissage, au cours duquel par exemple il convient de bien régler son niveau d'écoute du corps : suffisamment, mais pas trop, comme le disent les malades interrogés par Pereira Paulo et Tourette-Turgis. Ces deux auteurs estiment que l'activité d'écoute de son corps fait appel à trois sous-activités, trois composantes qu'on retrouve aussi dans l'expertise professionnelle : « pouvoir interpréter son environnement ; pouvoir déterminer la situation ; pouvoir agir ou répondre même dans des situations complexes ». S'engager dans ce type d'expérience/expérimentation, nommée aussi « expérimenter son expérience » permettrait de « construire une conception physiologique de soi » et aussi de découvrir des « techniques et stratégies parfois inconnues du monde soignant »¹⁹⁷.

Quand il s'agit de savoir-faire pratiques dans la gestion du quotidien, l'extension d'un vécu et d'une expérience individuels au plus grand nombre pose aussi une difficulté : les recettes pour se tirer d'affaire qu'on trouve dans les forums ne sont pas forcément à reproduire car elles sont marquées par la singularité de la situation. Ce qui est intime, et qui peut entrer dans un récit suggestif, ou provoquer chez l'auditeur stupéfaction et illumination, n'en reste pas moins unique, ne relève pas d'une réponse stéréotypée, et ne peut être forcément transposé en conduites à tenir valables pour tous¹⁹⁸. Posséder un savoir-faire implique une capacité répétée de faire quelque chose, y compris avec des variations contextuelles : pour attribuer un savoir-faire à un agent il faut que l'agent soit capable de répéter les actions appropriées dans des situations contextuelles variées (une seule fois ne suffit pas ; en faire le compte-rendu ne suffit

¹⁹³ Ibidem.

¹⁹⁴ PEREIRA PAULO Lennize, TOURETTE-TURGIS Catherine, « Quand mon corps parle, qu'est-ce que j'apprends ? Ecouter son corps, une figure de la démarche d'enquête sur soi », in Christine DELORY-MOMBERGER, *Éprouver le corps*, Ramonville Ste Agnès, Eres, « Questions de société », 2016, p.203-214.

¹⁹⁵ Ibidem.

¹⁹⁶ Ibidem.

¹⁹⁷ Ibidem.

¹⁹⁸ Un des principaux résultats de l'enquête sociologique menée auprès de 97 jeunes atteints d'acné est la grande variété d'expériences vécues sous une même condition. MACNIVEN Abi, « 'Disease, illness, affliction? Don't know': Ambivalence and ambiguity in the narratives of young people about having acne », art.cit.

pas)¹⁹⁹. Les expérimentations effectuées par un malade (par exemple, des stratégies de contournement des effets gênants des médicaments) peuvent peut-être aboutir par chance à une solution satisfaisante, mais si la raison n'en est pas connue, cette solution ne pourra probablement pas être reproduite de façon intelligente par d'autres malades confrontés à d'autres configurations (chacune étant originale), et sa reproduction dans des situations ultérieures par le malade même qui la mise au point peut bien s'avérer inutile (car la difficulté à résoudre n'est pas exactement la même) : toute expérimentation, pour pouvoir être transmise et généralisée, doit intégrer l'examen des causalités à l'œuvre, c'est-à-dire s'approcher de l'expérimentation bernardienne.

D.5 POLITIQUE DU PATIENT EXPERT

Dans l'opinion, le patient expert est pour certains le consommateur de classe moyenne insatisfait du système de santé, pour d'autres, une manière d'encourager les malades à devenir neurologues ou rhumatologues amateurs pour entrer en concurrence avec leurs médecins²⁰⁰. De fait, le patient expert (au Royaume Uni au moins) peut être considéré comme une réaction au paternalisme médical et à la dépendance du patient²⁰¹. Mais les intentions des politiques de santé sont ambiguës : s'agit-il de corriger – grâce aux patients-experts qui redoublent l'interface médicale entre l'Etat et les individus – les excès d'une situation jugée accablante (la passivité des malades), ou de prêter vraiment attention au vécu des patients, notamment dans les maladies chroniques, pour améliorer leur bien-être ?²⁰²

Au Royaume Uni, un rapport du ministère de la santé a été produit en 2001 sur le Patient expert, une nouvelle façon d'organiser le *management* des maladies chroniques²⁰³. Le rapport britannique vise à répondre à quatre défis : l'augmentation des maladies chroniques, les conséquences personnelles et familiales de la maladie chronique, la reconnaissance d'un grand nombre de besoins partagés indépendants de la nature de la maladie, l'échec de la prise en charge spécifique des maladies chroniques par le système de santé. A propos des patients experts, le rapport indique que :

« Les patients experts jouissent d'une bonne qualité de vie malgré la maladie [*disease*] chronique, disposent d'assurance, de capacités, d'opinions et de connaissances qui leur permettent de jouer un rôle clé dans le management de leur vie avec la maladie chronique, et de minimiser son impact dans leur vie quotidienne ».

Pourrait-on alors mobiliser les patients experts pour minimiser les coûts de prise en charge dans certaines maladies? La difficulté tient à ce que d'un côté le patient possède certes une certaine connaissance et compréhension de sa propre situation, dont il peut faire usage par exemple pour moduler les doses de traitements; il a aussi développé la capacité de donner sens à ce qui lui arrive; mais de l'autre côté, une bonne part de cette connaissance experte est tacite

¹⁹⁹ GOBET Fernand, « Three views on expertise... », art.cit.

²⁰⁰ TYREMAN Stephen, « The expert patient: Outline of UK government paper », *Medicine Health Care and Philosophy* 2005; 8:149-51.

²⁰¹ TYREMAN Stephen, « An expert in what?... », art.cit.

²⁰² Ibidem.

²⁰³ DEPARTMENT OF HEALTH, *The Expert Patient: A New Approach to Chronic Disease Management for the 21st Century*, Londres, 2001.

et incommunicable. Quant à la part communicable, elle n'est pas forcément transposable en échelles de performance ou en critères de qualité de vie²⁰⁴.

Un autre aspect politique est celui de l'expertise collective. Que l'on songe au Lévothyrox^o ou à la maladie de Lyme, collectif ne signifie pas automatiquement expertise. Certaines associations de patients s'en déclarent porteuses, mais un réseau social ne peut jouer ce rôle²⁰⁵. On devrait pouvoir opposer aux prétentions de l'expertise collective les mêmes contraintes méthodologiques que pour toute expertise scientifique. Or ce n'est politiquement pas envisageable et techniquement pas possible. Qui fera le départage, entre des associations qui servent réellement les intérêts des malades, et celles dont le but est de rendre publique une passion revancharde ou revendicatrice ? Certaines associations ne se privent pas d'ailleurs de se présenter, auprès des patients individuels, comme une médiation experte obligatoire. Chaque adhérent pourra ensuite relire son expérience à la lumière de l'idéologie des quelques responsables associatifs qui diffusent les mots d'ordre rééduquant les perceptions et reconfigurant les *Erlebnisse* singulières.

Par contre, ce qui existe dans d'autres domaines, notamment celui de l'agriculture, ce sont des expertises mixtes, forums hybrides qui associent savants académiques et professionnels de terrain²⁰⁶. On en est encore loin en médecine, mais ce qui a eu lieu dans le domaine du Sida, ce qui s'expérimente dans le domaine de la chorée de Huntington²⁰⁷, ou encore dans celui de la maladie mentale²⁰⁸, donnent des pistes prometteuses. Les structures de soins dédiées aux malades sourds comportent des équipes bilingues qui pratiquent la langue des signes. Depuis quelques années, la plupart d'entre elles ont embauché des professionnels sourds, nommés intermédiaires. Leur statut est encore bancal, mais leur fonction est apparue cruciale²⁰⁹. Cela suppose, comme d'ailleurs pour les « patients experts » ou les « médiateurs de santé-pairs »²¹⁰ enrôlés dans des programmes d'éducation thérapeutique, que les patients se dépossèdent en quelque sorte de leur expérience individuelle subjective. Incontestablement cela suppose alors une formation *ad hoc*²¹¹.

²⁰⁴ BADCOTT David, « Employing patient expertise: Introduction to the theme », *Medicine, Health Care and Philosophy* 2005; 8: 147-48.

²⁰⁵ S'il veut être un consommateur éclairé, le patient serait bien inspiré d'accueillir les informations émanant des réseaux sociaux avec la plus grande prudence. Il ne peut faire fonds sur les spots éblouissants des réseaux sociaux, qui ne font le plus souvent que l'aveugler. Croire que ce sont autant d'experts profanes qui communiquent c'est ruiner au départ ce qui est passionnant dans l'aventure commune que peut représenter l'expérimentation commune qui engage un médecin et son patient, tous deux expérimentateurs qui remettent en question leur expérience personnelle, fût-elle informée.

²⁰⁶ ANCORI Bernard, « Expertise et citoyenneté : les grecs anciens et nous. De l'agora antique aux forums hybrides modernes », *Revue d'anthropologie des connaissances* 2009 ;3 (3) : 485-529.

²⁰⁷ SOLHDJU Katrin, *L'épreuve du savoir ; propositions pour une écologie du diagnostic*, Dijon, Les Presses du réel / Editions Dingdingdong, 2015.

²⁰⁸ GREACEN Tim, JOUET Emmanuelle, « Rétablissement et inclusion sociale... », art.cit.

²⁰⁹ DODIER Christophe, « 12. Le rôle des professionnels sourds », in *Surdité et santé mentale. Communiquer au coeur du soin*, Cachan, Lavoisier, « Cahiers de Sainte-Anne », 2013, p. 167-174.

²¹⁰ LE CARDINAL Patrick, « 'Pair-aidance' et rétablissement des personnes atteintes de troubles psychiques », *Pluriels* 2010 ; 85/86 :3-5. LE CARDINAL Patrick, ROELANDT Jean-Luc, RAFAEL Florentina, VASSEUR-BACLE Simon, FRANÇOIS Guillaume, MARSILI Massimo, « Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives », *L'information psychiatrique* 2013/5 ; 89 : 365-70.

²¹¹ GRIMALDI André, « Les différents habits de l'expert profane », art.cit.

Dans le domaine de la schizophrénie, le concept de rétablissement est de plus en plus employé, avec une tension entre son acception objective (il rassemble des critères de stabilisation des symptômes, de réinsertion socio-professionnelle, de facteurs conditionnant le devenir, etc.), et son usage « expérientiel » (ici ce qui compte ce ne sont pas les données épidémiologiques, mais l'expérience vécue, rapportée dans des témoignages, d'un processus singulier qui peut amener à vivre une vie satisfaisante en dépit des limites causées par la maladie)²¹². Accueillir et recueillir ces expériences implique un « changement de regard sur le devenir des personnes » de la part des professionnels²¹³. En effet, « les activités mises en œuvre par un malade pour réorganiser son rapport à sa carrière biologique » ont tendance à rester invisibles, car bien souvent effacées²¹⁴. A quelles conditions les « preuves » qu'apportent ces expériences peuvent-elles dépasser le pouvoir de conviction et d'exemplarité? Une des étapes est de dégager quelques invariants, des facteurs facilitant le processus de rétablissement, donc de passer de l'*empeiria* à la *tekhnē*. Mais le risque est de voir ces expérimentations cliniques déboucher sur une planification visant à imposer ces invariants comme autant de compétences intermédiaires que l'on recommandera d'inculquer à tous²¹⁵.

E. SE DEFAIRE DE L'EXPERIENCE ?

Du côté du médecin, son expérience acquise, mais aussi bien toutes les connaissances générales dont il dispose, sont remises en question, à chaque fois, dans chaque démarche diagnostique, dans chaque prescription, dans chaque opération, qui sont autant d'expérimentations avec leur lot d'incertitude. Le clinicien en a rarement conscience dans sa pratique quotidienne, mais nous avons vu à quelles conditions la clinique est une pratique expérimentale.

Exiger du malade qu'il passe ses croyances à la moulinette du doute philosophique n'a pas grand intérêt. Mais passer de l'éprouvé au savoir d'expérience, passer de la croyance, donnée comme indubitable car issue d'une *Erlebnis*, à la croyance fondée parce qu'elle aura surmonté avec succès l'épreuve du doute méthodique, suppose toujours une expérimentation. Dans la mouvance du patient-expert, comme dans celle du *story-telling*, on a tendance à hypostasier l'expérience vécue. Prenons garde à la critique qu'adressait Wittgenstein par rapport à cette doctrine de l'intériorité qu'est une certaine psychologie :

« C'est assurément le caractère d'"indiscutabilité" qui favorise l'image selon laquelle il y aurait ici quelque chose de décrit que nous seuls voyons, et non les autres, quelque chose qui pour nous est proche et toujours accessible, tandis que cela est caché aux autres,

²¹² Voir à ce sujet l'article éclairant de Bernard PACHOUD, « Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes », *L'information psychiatrique* 2012/4 ; 88 :257-66.

²¹³ Ibid.

²¹⁴ TOURETTE-TURGIS Catherine, THIEVENAZ Joris, « La reconnaissance du pouvoir d'agir des sujets vulnérables : un enjeu pour les sciences sociales », *Le sujet dans la cité* 2012/2 ;3 :139-51.

²¹⁵ Des programmes ou plans d'action existent. Le tout est de voir comment les professionnels s'en saisissent. Voir à ce sujet GREACEN Tim, JOUET Emmanuelle, « Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique : le projet Emilia », *L'information psychiatrique* 2012/4 ; 88 : 359-64.

et pour tout dire, quelque chose qui gît *en* nous et dont nous pouvons prendre conscience en regardant en nous-mêmes »²¹⁶.

Si on y cède, on ne voit plus l'arrière-plan anthropologico-grammatical à partir duquel il faut comprendre les activités intentionnelles (penser, croire, souhaiter). Mais d'un autre côté, il y a plus dans l'expérience vécue que ce qu'on peut connaître. L'expérience vécue n'est pas réductible à ce que peut apporter la connaissance scientifique de l'expérience²¹⁷.

Un fragment de *La phénoménologie de l'esprit* de Hegel traite de ce passage de l'expérience à la recherche, à l'expérimentation²¹⁸. Je le résume à grands traits. La conscience sans pensée énonce l'observation et l'expérience comme la source de la vérité. Mais l'instinct rationnel – la raison en son fonctionnement instinctif – recherche la loi et le concept de la loi qui puissent rendre compte de l'observation décrite sans pensée. Or, si pour la conscience observante la vérité de la loi est dans l'expérience (car l'expérience est la modalité où il y a de l'être sensible pour la conscience), la vérité de la loi n'est pas en soi et pour soi. Dans ce cas, la loi est quelque chose de contingent, elle n'est donc pas nécessaire, et par conséquent n'est même pas une loi. Et pourtant, que l'être essentiel de la loi soit concept n'entre pas en conflit avec le fait que la loi soit présente pour l'observation. Au contraire, l'universel du concept se présente d'abord comme chose sensible, effective, actuelle. Dans l'expérience, la conscience est en quelque sorte au contact direct de la loi (de l'être de la loi) et de son concept. Ce dernier reste néanmoins engoncé dans la matière empirique, et l'instinct rationnel de la conscience va, même sans savoir qu'il le veut vraiment, purifier (*reiningen* = rendre pur, et aussi nettoyer) la loi, qui apparaît d'abord impure, enveloppée d'être sensible dans l'expérience, dans l'observation. Comment s'y prend-il ? Il tente des expériences sur la loi, ou mieux encore, il entreprend méthodiquement de faire des essais (ou des expérimentations) sur la loi (« Er stellt Versuche über das Gesetz an »). A travers ces expérimentations, l'instinct rationnel tend à trouver ce qui résulte de telle ou telle autre circonstance.

Et voilà la pointe : dans les expérimentations successives, la loi n'en paraît que davantage encore être plongée dans l'être sensible, alors que l'être sensible au contraire y est perdu. La signification de ces recherches est de trouver les conditions pures de la loi, de la détacher des conditions déterminées de l'être sensible, de l'élever à la figure du concept : le résultat des expérimentations libère les prédicats de leurs sujets, en fait des prédicats universels. Le résultat de l'expérimentation, dit Virno qui commente ce passage de Hegel, est un objet idéal, ou, mais cela revient au même, une pensée, une idée matérialisée²¹⁹.

Passer de l'éprouvé singulier, empirique, contingent, non répétable, à peine dicible, privé, à un concept universel, public, suppose souvent une étape, cruciale, à laquelle le médecin doit être attentif. Car en effet c'est la reconnaissance *a priori*, bienveillante, primordiale, du récit de l'expérience, qui permet à celui qui est ainsi reconnu de se démarquer de ce qu'il éprouve²²⁰, et

²¹⁶ WITTGENSTEIN Ludwig, *RPPI*, op.cit., §692, p.153.

²¹⁷ « Il est impossible d'annuler dans l'objectivité du savoir médical la subjectivité de l'expérience vécue du malade ». CANGUILHEM Georges, « Puissance et limites de la rationalité en médecine », art.cit., p.409.

²¹⁸ HEGEL Georg Wilhelm Friedrich, *Phénoménologie de l'esprit*, trad. Jean-Paul Lefèbvre, Paris, GF Flammarion, 2012, p. 239-247

²¹⁹ VIRNO Paolo, *Convenzione e materialismo ; l'unicità senza aura*, Roma, Derive Approdi, 2011, p.17.

²²⁰ TOURETTE-TURGIS Catherine, THIEVENAZ Joris, « La reconnaissance du pouvoir d'agir des sujets vulnérables... », art.cit.

en quelque sorte de se démarquer de son expérience sans pensée (plus difficile est de se démarquer des pensées déjà forgées) pour penser la loi de son expérience, pour en dégager le concept, et accéder réellement à un savoir : qu'on dise ce savoir « savoir expérientiel » est ambigu, non pas seulement parce que tout savoir est expérientiel comme l'affirment les pragmatistes, car c'est précisément quand il est dégagé de sa source contingente qu'il devient réellement un savoir, mais parce que théorie et pratique ne peuvent ici réellement être opposées comme on le fait communément.

« Qui fait une expérience a pris conscience de son expérience – il est un homme d'expérience, c'est-à-dire qu'il a acquis un horizon nouveau à l'intérieur duquel quelque chose peut devenir pour lui expérience »²²¹.

Avec les mots de Wittgenstein : « Ce n'est que de quelqu'un qui sait, a appris et maîtrise telle et telle chose, qu'il y a un sens à dire qu'il a eu l'expérience de *telle et telle chose* »²²².

Avec la mouvance du patient expert, mais aussi celle de la médecine centrée sur le patient, s'esquisse à la fois une reconnaissance de la maladie vécue (*l'illness* par contraste avec la *disease*), une attention à l'expérience, y compris sociale et politique de la maladie (*sickness*), et une injonction plus ou moins douce à une auto-appropriation de sa maladie par le malade, en vue d'une meilleure santé peut-être, d'une utilisation plus rationnelle des ressources de santé certainement. Le psychiatre Pascal y voit encore un autre inconvénient : « l'affaiblissement de la position d'intermédiaire entre le patient et sa maladie qu'avait traditionnellement le médecin ». Il dit que « soigner en psychiatrie plus que dans toute autre spécialité médicale, c'est justement tenter de s'insérer entre le sujet malade et sa maladie »²²³. Le fardeau existentiel de la folie explique peut-être l'importance de cette idée en psychiatrie, mais elle rejoint bien l'observation commune. L'expérience de la maladie est un encombrement, et parfois envahit la totalité de l'expérience vitale, infiltre l'être. On n'a plus un cancer, on devient cancéreux. Il n'est pas rare d'ailleurs que les propos inattentifs des médecins avalisent ce glissement de l'avoir à l'être : tel malade est cardiaque, colopathe, diabétique, bronchopathe, sidéen etc. Et un des axes de la thérapie, me semble-t-il, est de parvenir à aider le malade à se décoller de l'expérience, à se défaire des lourdeurs de l'*Erlebnis*.

Si l'âme toute entière siège dans le trou de la molaire dans l'accès de rage de dents, et si la douleur est un mode de connaissance de son corps, cela a comme corrélat qu'une maladie chronique et douloureuse polarise l'activité de l'âme au point que l'existence entière se résume à la vie malade. Que le médecin puisse contribuer à repasser de *être malade* à *avoir une maladie* (c'est-à-dire : quelque chose dont on fait usage, et qui peut aussi devenir désuet et être oublié dans un placard) suppose que l'expérience ne soit pas sacralisée. Devenir un patient-expert est-il un destin suspect ?

Selon Hegel repris par Gadamer, l'expérience est même un processus négatif : c'est la dialectique de construire et détruire ses attentes. Nous acquérons de l'expérience, en nous défaisant de l'expérience vécue passive, « quand quelque chose ne rentre pas dans nos

²²¹ GADAMER Hans-Georg, *Vérité et méthode*, Paris, Seuil, 1996, p. 377.

²²² WITTGENSTEIN Ludwig, *Recherches philosophiques*, op.cit., p.294.

²²³ PASCAL Jean-Charles, « Se rétablir ? », *L'Information psychiatrique* 2012 ; 88 : 251-2.

anticipations et nous procure donc un horizon élargi et une nouvelle perspective »²²⁴. « La dialectique de l'expérience n'est pas qu'elle s'accomplit dans la connaissance, mais dans l'ouverture à l'expérience qui est encouragée par l'expérience elle-même ». Nous précisons à cet endroit : la dialectique de l'expérience (qui mène à une certaine forme d'expertise) s'accomplit dans l'ouverture à l'expérience active (que nous avons rangée dans la catégorie de l'expérimentation) qui est encouragée par l'expérience vécue elle-même, si tant est que ce qu'elle procure ne soit pas refermé immédiatement par une opinion trop ancrée, un « croire savoir » qui vient trop tôt. Si vivre une expérience, puis en faire le récit, ne peut être assimilé à la description objective (scientifique) d'un état du monde et donc à un savoir, pourtant, comme la pensée est très habituellement et très facilement réflexive, quiconque est engagé dans une expérience ne fait pas que l'expérience brute des objets, de la réalité : il peut au moins savoir qu'il fait cette expérience passive²²⁵. La psychanalyse montre cela de manière exemplaire : en tant qu'expérience, elle offre la possibilité de découvrir que « nous sommes toujours et tous également, emprisonnés dans les modalités pathologiques des fictions que nous construisons sur nous-mêmes ». En cela elle permet de faire l'expérience (*Erfahrung*) de se défaire de l'expérience (*Erlebnis*) que la souffrance avait exacerbée²²⁶. Mais il y a plus encore. Car ici aussi, on se rapproche par un autre biais de cette indication épistémologique freudienne épinglée par Assoun : l'exemple est la chose même (Cf. Introduction). L'expérience singulière empirique est reliée au concept : « le plus remarquable de l'expérience clinique, c'est qu'on peut en tirer un savoir singulièrement rigoureux »²²⁷.

La confiance trouve ici un de ses emplois. En effet, si le malade est en défiance vis-à-vis de son médecin, ou en excès de confiance vis-à-vis de ses propres constats, les deux attitudes étant souvent associées et pouvant se renforcer l'une l'autre, alors les deux interlocuteurs manquent de s'enseigner tour à tour, ce qui signifie aussi : manquent de s'adresser tour à tour des objections recevables dans la quête commune d'une connaissance plus adéquate. Que l'*Erlebnis* du malade puisse objecter au savoir du médecin (ce qui signifie : en révèle la part de préjugé et de croyance qui accompagne habituellement toutes nos « connaissances dites scientifiques »), cela ne se réalisera que si le médecin ne s'en trouve pas déstabilisé et ne se sente pas menacé (ce qui signifie : aura suffisamment médité pour lui-même ce que veut dire agir dans un monde incertain, et s'y tient).

Réciproquement, que l'expérience du praticien puisse objecter au savoir du malade (ce qui signifie : puisse lui indiquer quelle prémisse a été omise dans son raisonnement, ou quelle autre signification possible l'*Erlebnis* rapportée recèle) suppose un préalable : que le médecin ait reconnu au malade, fondamentalement, la place, le statut, le pouvoir, le rang, la dignité, de celui qui affronte les périls et auprès duquel il est le *therapôn*, le serviteur/écuyer²²⁸. Ce point

²²⁴ GADAMER Hans-Georg, *Vérité et méthode*, op.cit., p.319.

²²⁵ Cf. STEINER Pierre, « Une question de point de vue James, Husserl, Wittgenstein et l'erreur du psychologue », *Revue Internationale de Philosophie* 2012/2 ; 260 : 251-81 : quand les objets d'expérience se répètent, qu'ils sont nommés, que des jugements d'égalité et de rapports sont émis, on peut dire que l'esprit ne fait pas que connaître des objets, il sait qu'il les connaît.

²²⁶ AMBRA Pedro, LAUFER Laurie, DA SILVA JUNIOR Nelson, « Psychanalyse et normativité : la question *cisgenre* », *Cliniques méditerranéennes* 2018/1 ; 97 : 229-242.

²²⁷ ASSOUN Paul-Laurent, *Introduction à la métapsychologie freudienne*, op.cit., p.45.

²²⁸ La figure du *therapôn* sera examinée au chapitre XI.

est important car on se méprend sur le sens du pouvoir et de la domination quand on critique, souvent à bon droit, le paternalisme. C'est parce qu'il est au service du malade que le médecin s'autorise à faire l'analyse critique de ses expérimentations tâtonnantes, dans le but non pas de les négliger ou de les mépriser, mais dans celui de les affiner, de les consolider par des contre-expériences, etc. Ce n'est pas respecter le malade que de lui faire accroire qu'on les avalise sous prétexte que ce que dit un malade ne doit pas être remis en question car c'est « sa vérité » et elle lui appartient. Au contraire, et de façon plus générale, ouvrir la possibilité d'appréhender le symptôme sur un autre mode que celui de la plainte, c'est aussi proposer une expérimentation²²⁹. C'est cette direction impliquant la confiance qui peut permettre au patient de prétendre à une expertise-expérience de sa vie avec la maladie qui dépasse le « vécu » et vise le niveau de l'explication, c'est-à-dire de la mise au jour des déterminismes à l'œuvre. Expérimenter, c'est passer de l'expérience vécue ou acquise à une expérience réalisée, meilleure chance de passage d'un éprouvé singulier au statut de connaissance, de savoir, c'est-à-dire à quelque chose d'objectif et donc de public (au sens d'impersonnel, dont chacun peut faire usage)²³⁰.

²²⁹ Il se passe alors quelque chose d'analogue, mais à toute petite échelle, aux entretiens préliminaires chez le psychanalyste. RITTER Marcel, « Pourquoi des entretiens préliminaires ? », in : Jean-Richard FREYMANN (dir.), *Les entretiens préliminaires à une psychanalyse*, Toulouse - Strasbourg, Erès- Arcanes, 2016, p.13-22.

²³⁰ Deleuze fait remarquer qu'il y a dans le transfert, principe qui fonde l'expérience analytique, quelque chose d'analogue à l'expérimentation scientifique : la « répétition » du trouble s'effectue dans des conditions artificielles privilégiées. DELEUZE Gilles, *Différence et répétition*, Paris, Presses Universitaires de France, « Epiméthée », 12^e éd, 2015, p.30. Lacan a comparé aussi l'analyse aux *experimentum mentis* de Galilée. LACAN Jacques, *Le séminaire, Livre VII, L'Éthique de la psychanalyse (1959-1960)*, texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris, Seuil, 1986, séance du 6 Juillet 1960.

CHAPITRE X. DE L'EXPERIENCE A L'ESTHETIQUE - LA PRATIQUE MEDICALE AU PRISME DE L'ESTHETIQUE.

« Sur une différence esthétique très fine, on peut dire *beaucoup* de choses – cela est très important ».

Wittgenstein¹

« Donner des soins, c'est aussi une politique. Cela peut être fait avec une rigueur dont la douceur est l'enveloppe essentielle. Une attention exquise à la vie que l'on veille et surveille. Une précision constante. Une sorte d'élégance dans les actes, une présence et une légèreté, une prévision et une sorte de précision très éveillée qui observe les moindres signes. C'est une sorte d'œuvre, de poème (et qui n'a jamais été écrit), que la sollicitude intelligente compose ».

Valéry²

« D'ordinaire, les styles ne sont accessibles qu'à l'œil ou l'oreille du connaisseur, à la sensibilité accordée, à l'esprit informé et curieux ».

Goodman³

¹ WITTGENSTEIN Ludwig, *RPPI*, op.cit., § 357, p.88.

² VALÉRY Paul, « Mélange » (1939), *Ceuvres tome 3*, Paris, Le Livre de Poche, 2016, p.64.

³ GOODMAN Nelson, *Manières de faire des mondes* (1978), trad. Marie-Dominique Popelard, Paris, Gallimard, « Folio essais », 2006, p.65.

Pour la *tekhne* médicale, la question de l'expérience est centrale, nous l'avons vu en explorant les liens qui unissent expérience vécue, expérimentation, et expérience acquise experte. Il a été question de sensations et de perceptions, bases nécessaires de l'*empeiria* pour Aristote. Nous avons vu aussi que l'exercice sémiologique nécessitait de la part du médecin des compétences sensibles. Le médecin perçoit, décode, différencie les signes sur le fond de son rapport à l'action, donc à la thérapie. Entre puissance de pâtre et puissance d'agir, le jugement est non seulement une faculté mais aussi une activité qui a ses propres exigences, car de sa qualité dépendra souvent la qualité de la thérapie instaurée. Le rôle crucial de l'*aisthēsis* pour l'exercice de la *phronēsis* a déjà été indiqué¹.

On attribue la paternité du terme « esthétique » à Baumgarten, contemporain de Kant au siècle des Lumières. Il la définissait ainsi : « L'esthétique (...) est la science de la connaissance sensible »². Jimenez lui reconnaît le « grand mérite est d'avoir mis à jour la dimension cognitive de l'esthétique »³.

La définition nous place au cœur d'une affirmation (une connaissance sensible) dont il faut bien saisir l'apparent paradoxe pour quiconque resterait imprégné du schéma antagoniste, traditionnel mais paresseux, que véhicule le discours médical habituel, et qui oppose frontalement la raison (le raisonnement, les faits prouvés, les statistiques, les inférences bayésiennes, les algorithmes, etc.) et les émotions (émotions de plus en plus déléguées aux soignants et aux psychologues, reléguées au *care* plutôt qu'au *cure* ; mais aussi les affects, l'intuition, le tact, les heuristiques), au point de se méfier des sens et de s'en tenir aux faits pour produire une connaissance fiable. Mes sens ne sont-ils pas trompeurs, répète-t-on depuis Descartes ? L'intuition clinique n'est-elle pas obsolète à l'heure de la *e-medicine* connectée 3.0 ? Les algorithmes, les recommandations synthétisées dans des tableaux récapitulatifs, semblent aux antipodes d'une attitude esthétique. La logique semble incompatible avec l'intuition.

Pourtant, « le champ, le rôle et la portée de l'esthétique transcendent ce clivage dualiste », et l'impact potentiel de l'esthétique dépasse son domaine propre (émotion-intuition-imagination) pour celui des sciences dures. La question de « la beauté ne doit pas rester cantonnée à l'intérieur du domaine "doux" de la créativité humaine, non intégrée aux fonctions cognitives plus élevées et aux données "dures" de la science »⁴. La neurophysiologie en apporte régulièrement des preuves, il n'y a pas d'exercice correct de la raison sans étroite connexion avec la sensibilité et les émotions : l'esthétique comme science de la connaissance sensible est un fer de lance on ne peut plus *up-to-date*, rendant justice à certaines affirmations d'un autre âge (Hippocrate, Aristote). Pour Radman, elle permet de déjouer l'opposition paradigmatique entre rationalisme et sensualisme, raison et imagination. « Plutôt que les maintenir à l'écart, on peut aussi tenter de les concilier »⁵. Si, comme le soutient Marc Jimenez,

¹ HIPPOCRATE DE COS, *L'ancienne médecine ; Œuvres complètes Tome II 1^{ère} partie*, trad. Jacques Jouanna, Paris, Les Belles Lettres 2003, p.128 (II, 590).

² BAUMGARTEN Alexander Gottlieb, *Æsthetica*, Hildesheim, Oms, 1970.

³ POIZAT Jean-Claude, « Entretien avec Marc Jimenez », *Le Philosophoire* 2012/2 ; 38 : 11-41.

⁴ RADMAN Zdravko, DELBAERE-GARANT Jeanne (trad.), « Corps, cerveau et beauté la place de l'esthétique dans le domaine de l'esprit », *Diogène* 2011/1 ; 233-234 : 58-73.

⁵ POIZAT Jean-Claude, « Entretien avec Marc Jimenez », art.cit.

« L'esthétique, comme réflexion philosophique, a ouvert historiquement un espace inouï, celui de la critique, bien sûr, mais autrement dit celui de la crise – si tant est que l'étymologie autorise cette parenté – qui (...) a affecté (...) tous les principes d'autorité, métaphysique, philosophique, politique et religieux »⁶,

alors, oui, l'esthétique peut être une voie critique qui questionne la crise affectant la médecine contemporaine.

Et, toujours Jimenez, si

« faire de l'esthétique, c'est toujours faire l'exercice de la liberté de pensée contre les multiples conditionnements intellectuels et prêts à penser culturels qui nous assaillent quotidiennement, surtout à l'ère du numérique et d'Internet »⁷,

alors il est justifié d'interroger le discours médical dominant (EBM, médecine personnalisée, efficacité, excellence, numérisation, biotechnologies, etc.), en usant d'une certaine liberté de pensée, afin d'explorer la pratique médicale sous l'angle peu usité de l'esthétique. En ces temps critiques, c'est ce que nous voulons pour pratiquer la clinique et penser cette pratique. Nous verrons la contribution de l'esthétique dans la compréhension de la démarche clinique. C'est d'ailleurs principalement (mais rares sont les auteurs qui ont écrit sur ce thème) sous l'angle de l'esthésie⁸ qu'est envisagée l'esthétique en médecine : l'usage fin et discriminant des sens pour le jugement diagnostique et la sensibilité envers patients et collègues⁹. Nous avons d'autre part déjà montré (chapitre III), comment s'articulent raison et émotion dans la constitution du diagnostic. Nous verrons qu'une attention particulière doit être portée aux dispositions subjectives du médecin, envisagées comme conditions de possibilité de la clinique. Envisager la clinique au prisme de l'esthétique met l'accent sur l'importance de ce qui affecte la sensibilité du médecin, d'une manière presque indépendante de ce qu'on circonscrit habituellement comme la place des affects, à savoir la relation médecin-malade, quand on l'envisage comme un domaine séparable de la technique.

Mais avant cela, une première étape n'est pas superflue. On associe de nos jours avant tout le mot d'esthétique à la beauté, et nous commencerons par là. Le jugement esthétique, jugement de goût qui énonce « c'est beau », ou « c'est laid », est lié à un sentiment de plaisir ou de déplaisir. La troisième section de ce chapitre sera consacrée à la production esthétique, ou plutôt à l'esthétisation de la pratique. Que signifie viser la beauté ? Comment y parvenir ? Il sera aussi question de la créativité du praticien. Enfin, que ce soit dans l'exercice du jugement réfléchissant ou plus globalement dans la pratique créative de la *tekhnē*, un plaisir est associé à la pratique. L'esthétique nous aura permis d'interroger autrement l'expérience de la clinique et de reprendre la question du déplaisir au travail.

Nous n'entendons ni défendre une esthétique autonome, ni utiliser une théorie esthétique particulière, encore moins soutenir l'idée qu'une réflexion sur le beau puisse à elle seule servir à l'appréciation critique de la pratique médicale. Nous n'entrerons donc pas dans les détails de

⁶ Ibidem.

⁷ Ibidem.

⁸ Cette prééminence se comprend aisément en référence à Kant, qui nomme Esthétique « la science des règles de la sensibilité en général ». KANT Emmanuel, *CRP*, op.cit., p.77.

⁹ BLEAKLEY Alan, MARSHALL Robert, BRÖMER Rainer, « Toward an aesthetic medicine : developing a core medical humanities undergraduate curriculum », *Journal of Medical Humanities* 2006; 27: 197-213.

telle ou telle esthétique philosophique, mais la considérerons comme une théorie de l'expérience. Nous ne reprendrons pas les interrogations esthétiques qui ont traversé l'histoire de la philosophie, ni ne creuserons la question de la réalité du beau, de son ontologie. Nous n'userons qu'exceptionnellement du ternaire commun de l'art, envisagé sous les angles de l'œuvre, de sa production (l'artiste) et de sa réception (le public)¹⁰. Notre approche sera à la fois pragmatique et critique, utilisant certaines élaborations théoriques au profit d'une pensée de la clinique.

A. DE L'ESTHETIQUE DU BEAU CAS A LA SENSIBILITE CLINIQUE

La beauté est-elle un critère d'une quelconque pertinence pour la clinique médicale ? Nous nous débrouillons déjà assez mal avec le Bien, que l'on réduit à l'utile, et encore, l'utile restreint au mesurable. Nous affrontons la question du Vrai : est-ce une vraie maladie ? Ces résultats sont-ils vrais ? Doit-on, peut-on dire la vérité ? Le Juste aussi est un principe qui permet d'arbitrer certaines décisions difficiles. Mais le Beau ? Nous l'avons dit à l'instant, le jugement esthétique est avant tout un jugement de goût qui énonce « c'est beau », ou « c'est laid », jugement qui est lié à un sentiment de plaisir ou de déplaisir. De ce seul point de vue, nous avons bien affaire à la beauté en médecine : beauté du corps, beaux cas, beaux raisonnements, beau travail, et leurs contraires respectifs.

A.1 LE BEAU CORPS

La beauté du corps du malade suscite éventuellement chez le médecin (en sa chair humaine) un agrément qui détourne son attention, alors que la beauté du cas sollicite et motive l'intérêt du médecin (en son rôle). Nous tirons parti d'un extrait des *Thibault* de Martin du Gard. Le jeune médecin Antoine Thibault examine méthodiquement une adolescente chez qui il soupçonne la possibilité d'un mal de Pott (tuberculose vertébrale, un diagnostic redoutable à l'époque du roman). Après une première phase de gestes cliniques, et avant de procéder à la manœuvre qui en fournira l'indice le plus probant,

« Il la considéra un instant, sans paraître la voir. Puis il la regarda, et lui sourit. Elle était amusante, elle était désirable, ainsi nue, son soulier à la main, ses grands yeux étonnés et tendres fixés sur Antoine. La blancheur satinée du torse faisait paraître presque sombre le ton d'abricot mûr qui couvrait les épaules, les bras, les cuisses rondes ; ce hâle suggérait l'idée d'une peau chaude, brûlante »¹¹.

Regard clinique et regard mondain alternent. Mais celui-ci reste fugace, car Antoine Thibault est « tout à son inquiétude ». L'examen se poursuit sur la jeune fille étendue à plat ventre. « Son regard soucieux parcourut distraitement, depuis les palettes des omoplates jusqu'à la cambrure ombrée des reins, ce râble dur et musclé qui s'étalait devant lui ». Mais cela ne

¹⁰ MAISONNEUVE Jean, « D'un art problématique au risque de la beauté », *Revue internationale de psychosociologie* 2002/18 ; VIII : 87-100.

¹¹ MARTIN DU GARD Roger, « La consultation », *Les Thibault II*, Paris, Gallimard, « Folio », 1955, p.40-2.

dure qu'une poignée de secondes, il commence à appuyer sur la colonne vertébrale, repère la zone douloureuse malade lorsque « le corps frémit et se creuse ». Une fois ce moment décisif passé « Antoine se releva ; il était impassible. Mais il évita le regard de l'enfant ».

Si le beau corps est séduisant, la vision de l'esprit (l'intelligible que l'on vise à partir des perceptions sensibles) est empêchée¹². Il en va de même pour le dégoût, comme émotion esthétique négative, probablement plus fréquente encore en médecine.

Si « la vision de l'esprit ne commence à être perçante, que quand celle des yeux commence à perdre de son acuité¹³ », alors il faut regarder sans voir, se focaliser d'emblée sur autre chose que la simple apparence du malade. Mais comment est-ce possible alors que tout ce qui est à voir/entendre/toucher est présentifié dans ce qui apparaît¹⁴? S'agit-il d'une sublimation de la pulsion scopique, qui trouve dans la clinique un destin socialement valorisé? Pour Freud, « un seul point semble assuré » pour une psychanalyse qui « a d'ailleurs moins que rien à dire sur la beauté » : « la beauté dérive du domaine de la sensibilité sexuelle »¹⁵. Là où Freud propose une conception unifiée du plaisir, Kant établit des distinctions : le plaisir d'agrément est distinct du plaisir esthétique¹⁶.

On pourrait objecter à bon droit que l'extrait des *Thibault* et la problématique qu'il soulève mériteraient aussi d'être traités sous l'angle de la domination masculine et des inégalités de genre qui perdurent encore en médecine. Autrement dit le médecin masculin pourrait prendre bonne note que « l'expérience du féminin passe par une appropriation active et positive de l'image corporelle, [parce] que le travail de la beauté répond à une exigence existentielle¹⁷ ». Mais ces déterminations sociales et politiques ne se substituent pas à la lecture pulsionnelle. Celle-ci sera poursuivie dans un chapitre ultérieur.

Je ne m'attarde pas davantage sur les aversions et le dégoût que suscitent parfois les corps abîmés¹⁸, ni sur les corps enlaidis par nos interventions thérapeutiques (corticoïdes, chirurgie, irradiations, etc.), mais il y a là toute une piste de réflexion esthétique qui fait partie des préoccupations de nos malades. « Derrière l'artifice et le superflu, il faut pouvoir repérer ce que le souci esthétique recèle d'essentiel voire de nécessaire¹⁹ ». Affirmation qui se vérifie aussi pour le cadavre : l'esthétique du corps mort (thanatopraxie) est devenue un objet d'attention professionnelle²⁰, après que les processus naturels de putréfaction et de décomposition sont devenus répugnants²¹.

¹² Dans un autre champ, Freud met deux sens impliqués dans la satisfaction esthétique et le plaisir préliminaire (la vue et le toucher) à l'écart de la pratique analytique. ROUX Marie-Lise, « La beauté de l'interprétation », *Revue française de psychanalyse* 2003/2 ; 67 :527-35. On notera qu'ils étaient encore présents dans la méthode cathartique rapportée dans les *Etudes sur l'hystérie*. FREUD Sigmund, BREUER Joseph, *Etudes sur l'hystérie*, op.cit.

¹³ PLATON, *Banq.* 218e-219a.

¹⁴ Nous reviendrons sur ce point dans l'étude éthique de la *sôphrosunê*.

¹⁵ FREUD Sigmund, « Le malaise dans la culture », op.cit., p.270.

¹⁶ KANT Emmanuel, *CFJ*, §3, AK V 205-206.

¹⁷ FROIDEVAUX-METTERIE Camille, « La beauté féminine, un projet de coïncidence à soi », art.cit.

¹⁸ MEMMI Dominique, RAVENEAU Gilles, TAÏEB Emmanuel (dir), *Le social à l'épreuve du dégoût*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2016.

¹⁹ FROIDEVAUX-METTERIE Camille, « La beauté féminine, un projet de coïncidence à soi », art.cit.

²⁰ CHARLIER Philippe, *Ouvrez quelques cadavres...*, op.cit.

²¹ GORER Geoffrey, « Pornographie de la mort », in *Ni pleurs ni couronnes*, trad. Hélène Allouch, Paris, Epel, 1995, p.18-26.

A.2 LE BEAU CAS COMME CONCEPT REALISE

On attend de l'interniste sérieux qu'il s'intéresse moins au beau corps qu'au beau cas. L'activité diagnostique du médecin le met en face d'un malade dont on peut dire qu'il figure un objet multiple, complexe, hétérogène et contingent. Le médecin tente d'y repérer une Gestalt, une (ou plusieurs) forme(s), dont le canon est décrit dans les traités de médecine. Si on appelle « beau » sur le plan esthétique ce qui est porteur d'un certain idéal²², ici l'idéal est l'idée de la maladie dont on cherche à prouver l'existence. Le médecin recherche une conformité du cas à la norme morbide supputée – un cas typique « comme dans les livres ».

Il fut une époque où l'enseignement de la pathologie passait par des présentations de malades par le « patron ». Le « beau cas » était alors à la fois un cas illustratif, exemplaire d'un des chapitres des manuels, c'est-à-dire offrant un « ensemble syndromatique suffisant » pour convaincre, mais aussi un cas dont la présentation sera appréciée par un public d'amateurs éclairés venant se former²³. Si le cérémonial de la présentation n'a plus cours, sauf exceptions ou sous un format réduit lors de la « grande visite », l'expression de « beau cas » n'a pas disparu. Elle sert encore à distinguer le « malade intéressant », dont le cas sera discuté en réunion de service, sélectionné pour être présenté dans un congrès, voire donnera lieu à une publication, mais le malade lui-même ne sera plus présent en chair et en os. Le cas exceptionnel met en valeur l'ingéniosité du diagnosticien et suggère un autre pan de l'esthétique, le clinicien comme artiste ou comme génie, mais ne peut ici servir à décrire le quotidien, la pratique habituelle.

Plus largement donc que le cas exceptionnel, le beau cas au sens d'un cas exemplaire, est porteur d'un certain idéal. Pour le clinicien l'idéal c'est l'idée de la maladie dont le malade est la monstration vivante, si nous avons su la reconnaître. Savoir reconnaître, c'est avoir été initié à cette connaissance sensible. Le cas typique est la concrétisation du concept, sa réalisation concrète.

Et c'est Hegel qui nous permet de comprendre pourquoi on appelle cela un beau cas :

« La beauté n'est pas une abstraction de l'entendement, mais le concept en soi, concret et absolu, autrement dit l'idée absolue »²⁴.

« Le beau est l'idée conçue comme unité immédiate du concept et de sa réalité, pour autant que cette dernière se présente dans sa manifestation réelle et sensible »²⁵.

Lucien Israël souligne que c'est « la congruence entre le malade réel et le canon représenté par le manuel de pathologie », « la concordance entre la description théorique et la découverte pratique » qui font naître « l'émotion esthétique qui dépasse la simple satisfaction de l'accord entre le mot et l'objet qu'il désigne », qui va « au-delà de la simple satisfaction intellectuelle liée à l'acquisition de nouvelles connaissances »²⁶.

²² CITOT Vincent, « Illusions et exigences du jugement esthétique », *Le Philosophoire* 2012/2 ;38 : 77-93.

²³ ISRAËL Lucien, *Le médecin face au malade*, op.cit., p.8 sq.

²⁴ HEGEL Georg Wilhelm Friedrich, *Esthétique, I, Introduction* (1835), trad. S. Jankélévitch, Paris, Aubier, 1979, rééd. « Champs », 1996, p. 140.

²⁵ Ibid., p. 166.

²⁶ ISRAËL Lucien, *Le médecin face au malade*, op.cit., p.9-11.

Cette unité est une mise en rapport du cas concret avec les pouvoirs de connaître, et Kant signale qu'il y a là une source de plaisir : le plaisir exprime la conformité de l'objet aux pouvoirs de connaître – imagination et entendement – en jeu dans la faculté de juger réfléchissante qui rapporte des intuitions à des concepts²⁷. Si faire un diagnostic procure du plaisir, il ne s'agit pas d'une satisfaction dont le médecin devrait se sentir coupable ou honteux : c'est la mise en correspondance des intuitions sensibles avec des concepts intelligibles qui procure ce plaisir esthétique. Levinas dit : « le plaisir est ce qui parachève une connaissance »²⁸.

A.3 BEAUX CAS ET FAUX MALADES

Le psychanalyste Israël soulignait également que l'absence d'écart entre malade réel et malade théorique était aussi porteuse d'un critère de vérité : le malade conforme, c'est le vrai malade. Et par contraste, à l'autre extrême, le malade chez qui est constaté un écart maximal entre la plainte et l'absence de signes objectifs, est régulièrement soupçonné d'être un « faux » malade²⁹.

Ce malade-là rassemble de nombreuses caractéristiques négatives : « faux » malade, il ne suscite aucun plaisir esthétique mais met le médecin dans l'embarras ; il ne concrétise pas l'accord entre l'objet et le concept, mais exhibe une discordance, un malentendu foncier ; il ne suscite pas le sentiment d'unité entre théorie et pratique, mais fait entrevoir le hiatus qui les sépare ; il montre aussi en pleine lumière l'écart entre besoin et demande : ne pouvant identifier aucune lésion objective, le médecin est projeté dans l'inconnu d'une demande. Elle porte sur un corps à propos duquel le médecin se trouve face à l'inconnu.

Cette mise en échec des pouvoirs de connaître par la non-conformité de l'objet conduit assez souvent, aux dires des malades eux-mêmes, à des aveux d'impuissance (« je ne comprends rien à votre cas »), à des accusations (« vous n'avez rien »), à des renvois (vers d'autres spécialistes, ce qui est généralement accepté par le malade car entretenant l'espoir d'une mise en conformité possible en un autre lieu, ou vers un psychiatre, ce qui est régulièrement mal vécu). Mais avant ces impasses de la démarche clinique, il y a souvent une chasse au symptôme à tout prix, dans laquelle s'engouffrent malade et médecin : multiplication des examens, attention exagérée à la moindre déviation des normes biologiques, fabrication progressive du malade iatrogène et du malade parasite, celui qui n'a rien. A la poursuite du beau (cas), la médecine génère des objets traités comme des déchets : faute de goût, pour le moins. Ne nous vient-il pas spontanément à l'esprit qu'il s'agit là d'un travail gâché ? L'esthétique n'est pas sans lien avec l'éthique.

L'alternative serait d'adopter une autre disposition esthétique. Ouvrir son esthésie, sa sensibilité esthétique, à ce qui s'énonce dans la parole, et à l'énonciation elle-même, à la

²⁷ KANT Emmanuel, *CFJ*, Introduction, section VII, AK V 191.

²⁸ LEVINAS Emmanuel, NORES Jean Marc « Une éthique de la souffrance ; Entretien avec Emmanuel Levinas », *Autrement*, série « Mutations », 1994 ; 42 : 130.

²⁹ La « primauté du modèle épistémologique biomédical » favorise cette radicalisation des discours. LAPLANTINE François, *Anthropologie de la maladie*, op.cit., p.266-269.

performance de parole. Si le médecin est sensible à ces aspects-là du tableau clinique, il en tirera des informations tout à fait utiles.

A.4 RAPPORT A LA FORME, SENSIBILITE A L'ECART

Mais laissons là le beau cas pour nous rapporter aux opérations les plus élémentaires de la démarche diagnostique. Nous prolongeons ici sous l'angle de l'esthétique ce que nous avons commencé à étudier dans la première partie.

Nous venons d'indiquer que l'activité diagnostique du médecin le met en face d'une situation complexe et hétérogène, au sein de laquelle il tente de repérer des formes pathologiques. Mais, sous une autre description, pour identifier, au sein des marques corporelles, et avant cela dans les paroles anamnestiques, ce qui fait signe, ou ce qui peut faire signe, le médecin est sensible aux écarts, écarts entre la réalité présente (c'est-à-dire à la fois actuelle et présentée) et cette autre norme qu'est la forme du corps normal, du corps sain. Les indices, traces, signes que produit la maladie, sont ce qui « discordent ». La représentation du normal comme beauté fonctionnelle, plastique, harmonieuse, sert de point de repère pour déceler ce qui fait comme une ombre, une tache dans le tableau, ce qui dénature la spontanéité, ce qui rompt l'harmonie du corps sain. La réaction provoquée chez le médecin est souvent assez proche de ce que Wittgenstein appelle « les réactions esthétiques »³⁰.

Le médecin dispose donc en quelque sorte de deux canons esthétiques pour formuler des jugements de goût : la forme normale du corps sain, et les formes morbides théoriques de la pathologie³¹. Les deux démarches sont solidaires. L'interprétation des signes par le médecin opère sous la pression d'une quête, quête d'un autre processus qui suit aussi les lois universelles de la nature. Ce qui discordant de la beauté de l'homme normal physiologique, intègre dans un autre registre, physiopathologique, une forme (plus ou moins) conforme au canon de la nosographie.

La contribution du malade peut être décisive pour une identification correcte de ce qui fait écart à la norme physiologique mais aussi au canon de la forme pathologique, au-delà ou plutôt en-deçà du jugement esthétique négatif qu'il porte sur son état de santé. Mais, nous l'avons déjà souligné, ses propos doivent être interprétés et la clinique est primordiale pour ordonner ce qu'on voit, qu'on entend ou ausculte, ce qu'on palpe. Le but est d'aboutir à une description organisée des problèmes, et pour cela on part de traces qui ne sont pas forcément perceptibles au profane et qu'on lie ensemble pour construire une hypothèse à tester.

Soit par exemple la situation de Simon. Agé d'une cinquantaine d'années, il s'est présenté aux Urgences de l'hôpital pour une fièvre élevée. Comme il avait des brûlures urinaires, une douleur provoquée par le toucher rectal et des antécédents documentés de prostatite, ce diagnostic a été retenu et une antibiothérapie a été initiée. Une éruption apparaît, avec un prurit (démangeaisons), qui est attribuée à une allergie à l'antibiotique

³⁰ WITTGENSTEIN Ludwig, « Leçons sur l'Esthétique », in *Leçons et conversations*, Paris, Gallimard, « Folio », 1992, p.37. Wittgenstein parle notamment de gène, et évoque la construction d'une maison : « Quand je dis "Cette porte est trop basse. Faites-la plus haute", irions-nous dire que je connais la cause de la gène que je ressens ? »

³¹ Par exemple, devant des rougeurs des extrémités des doigts, le médecin a une idée de la main normale, et quelques prototypes de mains pathologiques, tirés des manuels, mais aussi et surtout de son expérience.

prescrit, d'autant plus facilement qu'il est connu pour avoir présenté à plusieurs reprises des allergies médicamenteuses. Simon ne peut être autorisé à retourner à son domicile, et est hospitalisé en médecine interne pour « prostatite aiguë et allergie médicamenteuse ». Il est toujours fébrile. En fait, toute la conjonction sémiologique avait été mal interprétée, et c'est le malade lui-même qui ouvre la brèche, en indiquant l'écart qu'il constatait lui-même par rapport à son expérience passée : les prostatites antérieures n'avaient jamais été brutales et accompagnées de fièvre ; de plus, le toucher rectal pratiqué aux Urgences n'avait pas été aussi douloureux que lors des épisodes passés. L'hypothèse initiale avait été formulée par routine (fièvre + brûlures urinaires chez un homme = prostatite). Une autre hypothèse devait être soulevée, en reconsidérant chaque symptôme : le prurit est en réalité une douleur, l'éruption est circonscrite. En quelques instants, le diagnostic est redressé : c'est un érysipèle (infection streptococcique de la peau), qui était à l'origine de la fièvre élevée. L'erreur est le fait d'une inattention paresseuse.

Aujourd'hui, la tendance productiviste qui mine l'exercice clinique conduit à isoler le plus vite possible, dans les propos du malade ou à l'examen, non plus des signes mais un signal qui déclenche automatiquement une série d'examens destinés à affirmer ou infirmer des possibilités systématiquement évoquées, que le médecin déroule sans chercher à sélectionner celui ou ceux qui seraient les plus pertinents dans le cas particulier. Ici encore, un jugement esthétique est approprié : une démarche chaotique, coûteuse, inutile, ce n'est pas de la belle ouvrage !

Donnons un autre exemple, moins caricatural que cette anti-clinique de l'extension effrénée du signe-signal :

Marguerite est une femme âgée qui arrive dans le service, envoyée par les urgences. L'interne est occupé dans une autre chambre, aussi je suggère à l'étudiant hospitalier d'aller l'examiner. Il ne peut pas : c'est trop compliqué pour lui, il est plongé dans les pages du dossier des urgences et il n'y comprend rien ! Marguerite a été hospitalisée à trois reprises au cours des derniers mois, et de multiples examens ont déjà été effectués pour tenter de comprendre la cause d'une fièvre récurrente, chaque fois régressive. Lors du premier séjour, le diagnostic retenu avait été celui d'une infection pulmonaire, et la fièvre avait cédé sous antibiotiques. La discrétion des signes respiratoires et quelques anomalies biologiques avaient déjà fait élargir le bilan. Le deuxième séjour avait eu lieu dans un autre service, où on avait procédé de manière systématique, comme on le fait parfois dans les fièvres prolongées inexplicables. Un grand nombre d'hypothèses avaient été écartées par autant d'examens complémentaires. Finalement, sur la foi d'une possible infection urinaire, elle avait là encore bénéficié d'un traitement antibiotique, et fièvre et inflammation biologique avaient disparu. Elle revient une troisième fois à l'hôpital un mois plus tard, car la fièvre est à nouveau présente, et une légère anémie s'est un peu accentuée. Aux urgences, l'hypothèse d'une infection pulmonaire est à nouveau proposée. Je déroge alors à l'habitude qui nous pousse à exposer en première ligne les étudiants hospitaliers auprès des nouveaux malades (ce sont les moments privilégiés de l'apprentissage tutoré de la clinique) et nous allons ensemble dans la chambre de Marguerite. Elle expose très clairement ce qui lui arrive, en quelques minutes. Après l'avoir écoutée, je lui demande s'il n'y avait autre chose encore, qui puisse nous orienter, car manifestement elle n'a aucun signe respiratoire et toute l'enquête diagnostique est restée vaine jusqu'à ce jour. Oui, dit-elle, elle est aussi constipée. Depuis longtemps ? Non, cela fait quelques mois seulement. L'a-t-elle signalé auparavant ? Oui, elle l'a bien dit aux médecins des deux services précédents, mais ça ne semble pas les avoir intéressés. J'examine attentivement son abdomen. Cela suffit pour consolider l'hypothèse qui s'était esquissée progressivement en l'écoutant, et qui a été confirmée par la suite : Marguerite avait un cancer du caecum, responsable de la constipation récente, d'infections itératives

à point de départ digestif (d'où l'efficacité des antibiotiques sur la fièvre), et de l'anémie (par saignement occulte et inflammation prolongée). L'étudiant aurait-il pu, s'il avait abordé directement la malade plutôt que tenter de comprendre son dossier, et en procédant méthodiquement, parvenir à formuler cette hypothèse ? Ce n'est pas impossible, mais probablement que son esthésie n'était pas encore assez aiguisée.

A.5 UNE ESTHESIE PREMIERE

Une condition préalable au jugement de goût est en effet la sensibilité des sens : il faut entendre dans l'esthétique une esthésie³². Ce qui provoque l'acte de penser, c'est l'esthésie clinique, une sensibilité spécialisée. Cette esthésie du clinicien a donc au moins deux facettes : elle est sensible aux écarts à la norme qui sont autant de symptômes (rapportés par le malade, donc des écarts ressentis comme tels) ou de signes (constatés ou provoqués par le médecin) ; elle est sensible aussi aux esquisses des formes morbides qui apparaissent, le plus souvent en filigrane, au sein d'un « tableau » complexe et désordonné. On se trouve donc à mi-chemin entre le jugement de goût (rapport à la forme) et la discrimination sensorielle (sensibilité à l'écart, y compris pour des signes isolés).

Une esthésie aiguisée est celle qui perçoit avec une amplitude magnifiée des stimuli autrement trop discrets pour être remarqués. Deleuze fait le lien entre l'homme sensible, le chercheur de vérité, le jaloux et le penseur créatif :

« L'acte de penser est la seule création véritable. Le chercheur de vérité, c'est le jaloux qui surprend un signe mensonger sur le visage de l'aimé. C'est l'homme sensible, en tant qu'il rencontre la violence d'une impression ».³³

Dans le fil de notre réflexion, il faut aussi mentionner ce qui a été laissé de côté dans la constellation sémiologique, parce que cela n'appartenait pas au canon des formes pathologiques sans pour autant être normal, ce qui, au bout du compte, n'est pas parvenu à être intégré dans le diagnostic retenu : les scories. Il y a des symptômes qui résistent, et qui éventuellement n'éveillent plus l'entendement, avant de ne plus éveiller le moindre intérêt. Bien sûr, devant un objet esthétique, le sentiment de beauté peut émaner de quelque chose qui échappe à la compréhension, mais il me semble qu'ici ce n'est pas du même ordre. Quelque chose a manqué d'être intégré, et cela peut valoir pour indice qu'il faut peut-être élargir la perspective.

Armand a 58 ans. Il a été hospitalisé en raison d'une baisse des globules blancs et des plaquettes. Ceci avait été découvert depuis au moins 18 mois par son médecin traitant, qu'il consultait pour une fatigue. Il a fallu du temps à Armand pour se décider à aller un peu plus loin dans les examens que motivait cette anomalie sanguine, et ce qui a précipité son admission a été la survenue d'un état fébrile, qui s'est avéré n'avoir aucun rapport avec le reste. Mais le voilà dans un service de médecine interne, lui qui ne se plaint guère des globules ni des plaquettes, mais surtout d'une fatigue, de refroidissement des extrémités, de sensation de tête vide, parfois d'étourdissement, de difficultés à se concentrer. Tout ceci ne l'empêche pas de travailler comme conducteur de travaux publics. L'examen physique ne retrouve rien de spécial, mais ce sont les analyses biologiques qui sont riches d'anomalies. C'est ainsi que l'on découvre une maladie auto-immune, et une fibrose de la moelle osseuse assez préoccupante. Le diagnostic précis a nécessité des investigations

³² Nous ne faisons pas, sauf indication expresse, de distinction entre sensations et perceptions.

³³ DELEUZE Gilles, *Proust et les signes*, Paris, Presses Universitaires de France, 2014.

approfondies, qu'il n'a acceptées qu'à contrecœur. Il faudra en fait presque sept mois pour arriver au terme d'un bilan fractionné. Armand se dit surtout gêné par sa fatigue et se désole un peu qu'on n'ait rien à lui proposer que d'autres examens... L'étude approfondie de la littérature savante sur cette affection rare avait fait envisager une possibilité de traitement par les corticoïdes. Mais Armand a « résisté » quelques mois avant que son médecin traitant ne parvienne à le convaincre de revenir en consultation pour le débiter. C'est alors que je fais sa connaissance, après avoir travaillé sur son dossier, avec le collègue qui s'en était occupé jusque-là et qui était parti dans une autre ville. Nous étions tous deux très satisfaits d'avoir pu statuer sur une association morbide rare : Armand était un cas exemplaire, un très beau cas.

C'est un homme solide, bien bâti, affable, souriant, qui se dit en fait prêt à tout..., du moment que ça lui permette de venir à bout de cette fatigue qui l'empêche de reprendre son travail. Je lui explique les modalités du traitement corticoïde, et quand je le revois, au bout de deux mois, il paraît heureux, dynamique, en forme, bientôt prêt à retravailler. Malgré le retard, il y a un beau succès thérapeutique en apparence. Le suivi doit en être assuré par le généraliste.

Six mois plus tard, Armand revient en consultation, porteur d'une lettre de son médecin m'informant que tout est pour le mieux : les taux de globules blancs et de plaquettes se sont presque normalisés. Succès thérapeutique ! Son médecin pose par contre la question d'une invalidité, et me demande mon avis sur la possibilité de reprise du travail, d'autant qu'Armand est convoqué par le médecin conseil. Qu'en dit l'intéressé ? « Depuis 15 jours j'ai à nouveau la tête comme un ballon, et une grande fatigue. Je prends bien les médicaments, je mange de bon appétit, mon poids est toujours le même. J'ai honte, je ne sais pas décrire ce qui ne va pas ». Je me demande ce que la honte vient faire là-dedans, et c'est l'occurrence inattendue d'un signifiant inhabituel qui me « secoue les oreilles ». Me voilà soudain plus attentif à ses paroles. Il poursuit : « J'ai les pieds glacés, besoin d'une couverture chauffante. J'ai la tête comme si j'étais saoul. Quand je lis je n'arrive pas à me concentrer. Je suis fatigué, comme si je tremble en moi-même. Je suis trop fatigué pour reprendre mon travail, et pourtant j'aime mon travail. Je me force le matin, je ne reste pas au lit, je fais de la gymnastique, mais je suis fatigué, j'ai la tête vaseuse ». – Vous dormez bien ? – « Je me réveille la nuit mais je ne me rendors plus ». – Pourquoi ? – « Je pense à tout, la maladie, le boulot... Les gens doivent penser 'c'est un tire au cul'. J'ai honte de rester à la maison. Je dois me présenter au contrôle médical ». Revoilà donc la honte. Tout en l'écoutant, j'avais commencé par essayer d'intégrer ce qu'il me disait dans le tableau de sa maladie auto-immune et de son affection hématologique. A quelle complication éventuelle cela devait-il me faire penser ? Pourquoi cette fatigue, qui avait fait découvrir la maladie et la traiter, revenait-elle au premier plan, comme si on n'avait rien fait, comme si ce qui avait été entrepris était mis en échec ?

A ce point de la consultation, que se passe-t-il dans la tête du médecin ? Voilà des plaintes qui ne trouvent pas leur réponse dans un savoir sur le corps et les maladies qui l'affectent. Ou plutôt certaines si, d'autres moins. Vacillement d'une position de maîtrise, mais aussi gauchissement de l'esthétique du beau cas, comme il était à présent manifeste que le beau cas avait été « extrait » de la constellation clinique globale.

A ce moment, que faire ? Voilà quelqu'un qui se dit mal dans sa peau et ce symptôme se heurte à une béance dans le savoir et la maîtrise. La tentation est grande de se rabattre sur des lieux communs, c'est toujours l'option de facilité : la fatigue, c'est votre maladie, ou encore c'est le traitement. Et ce n'est pas toujours faux ! Adopter une autre disposition esthétique ou du moins esthésique est une meilleure option. Elle revient en quelque sorte à se départir des images qui sont trop en discordance avec l'actualité que la clinique doit saisir en son vif : le malade idéal identifiable à sa maladie et jouant un rôle écrit à l'avance, et le médecin idéal

identifié à l'expert du beau cas, lui aussi jouant un rôle convenu. Opérer un déplacement, quitter cette place du personnage du médecin que l'on endosse si facilement pour pouvoir entendre derrière le personnage du malade-atteint-d'une-maladie-connue, une personne qui parle, qui s'interroge, et qui (re)met en question la construction initiale. L'esthésie du médecin est en rapport avec son désir. Se porte-t-il sur l'objet-maladie, ou celui-ci n'est-il que le levier sur lequel opère généralement la médecine, au service d'une autre visée ? Ce mode d'esthésie s'ouvre non pas tant aux registres psychologique et social qu'à ce qui s'énonce dans la parole³⁴.

Armand explique que son médecin traitant pensait lui donner un bon conseil : « à votre âge, vous n'allez pas reprendre le travail, vous allez être mis en invalidité ». Or, coïncidence temporelle que je repère, son médecin lui a dit cela il y a exactement 15 jours. Et c'est bien depuis 15 jours qu'il va moins bien, alors que pendant six mois, il se sentait bien. Se pourrait-il alors que ce conseil médical ait provoqué un tel désastre psychique, malgré sa justification par des « bonnes intentions » ? Je garde pour moi ces cogitations, qui me ramènent à certain infernal pavage.

Du flot de paroles, car Armand est volubile, avait aussi émergé le mot de « honte » qui n'est le signe d'aucune affection organique répertoriée. La honte qui insiste dans son propos (mais cette insistance est en réalité discrète, fugitive) doit aussi être entendue, précisément parce que le signifiant insiste³⁵. Mais comment la relever délicatement ? Je reprends alors, tout en procédant à l'examen physique : « le travail est très important pour vous ». Ces quelques mots ont eu un effet de starter, il se met à dire qu'il a travaillé depuis l'âge de treize ans. L'invalidité subite de son père (et voilà encore un signifiant qui insiste, l'invalidité) l'a conduit à devoir assumer les travaux de la ferme familiale. Ensuite c'est un self made man qui a gravi beaucoup d'échelons dans l'échelle sociale, et qui a toujours investi énormément dans son travail. Au point que plusieurs années auparavant, sa femme avait évoqué le divorce car il n'était jamais à la maison. Toujours sur les chantiers, dès la première heure, pour que tout aille bien. Mais il minimise tout cela, comme s'il s'était égaré dans des détails sans importance, et se tait. Je suggère : « vous me paraissez déprimé ». J'apprends en retour que son frère s'est suicidé il y a dix ans, alors que rien ne le laissait supposer. « Déprimé » était donc peut-être une erreur de ma part, car s'il s'agit éventuellement d'un diagnostic correct, c'est aussi un signifiant, qu'il associe au suicide de son frère. Mais c'est aussi la possibilité de lui faire entendre que sa plainte est prise au sérieux, plus qu'il ne l'admet pour lui-même : « on n'a pas le droit d'être déprimé, des problèmes tout le monde en a, il faut se forcer. Une petite dépression, je ne peux pas l'accepter ».

Je reprends alors : « vous avez le souci de la perfection ». Là il acquiesce et en décline les modalités. Il m'indique d'ailleurs que c'est le principal obstacle à la reprise de son travail. En effet, on lui a proposé de reprendre avec des missions allégées, d'être secondé ou de seconder un autre ; mais il a l'impression que ce serait « gâché ». Alors, arrêter ou ne pas arrêter ? Ce qu'il formule témoigne d'une impasse que l'on pourrait résumer ainsi : je veux travailler tant que je peux, mais je ne peux plus. Ce type d'impasse est une des modalités par quoi se révèle que c'est davantage la conflictualité que l'unité harmonieuse qui caractérise l'humain parlant.

Armand est revenu six mois plus tard, souriant. Je lui avais proposé un soutien pour traverser cette passe difficile, mais Armand me dit qu'il n'en a pas eu besoin. Il avait arrêté son travail et se sentait très bien. Il a vite « refermé le couvercle », me semblait-il, mais n'avait-il pas traversé sa vie ainsi ? Il avait pu intégrer sa fatigue dans une narration,

³⁴ C'est-à-dire que ce n'est pas tout à fait ce que propose la perspective bio-psycho-sociale qui vise une approche globale des problèmes de santé à ces trois niveaux. Se centrer sur la personne, c'est aussi, et peut-être avant tout, faire cas de sa parole (Cf. chapitre V).

³⁵ Il est supposé que le sujet entretient quelque rapport avec des signifiants, mais qu'il en ignore encore les significations.

et ceci nous a permis, à lui comme à moi, d'en produire une signification, sans qu'il ait été question expressément de lui conférer un statut déterminé.

La consultation aurait très bien pu se dérouler autrement : aussi peut-on juger que dans sa pratique, on rencontre beaucoup de « problèmes psychologiques » ou presque pas. Le médecin moderne estimera-t-il que dans le cas d'Armand, ce type de considération est superflu ? Ne suffit-il pas de parler de stress et de passer à autre chose ? S'est révélée l'intrication d'une problématique personnelle et d'une authentique maladie somatique : c'est à une esthésie élargie qu'est invité le médecin. Mais aussi à passer de l'esthétique du beau cas, finalement assez rare, au plaisir esthétique de bien faire son travail, dans toutes les dimensions.

Esmein oppose les perceptions sur fond d'action (qui sont le rapport pré-réflexif commun que nous entretenons avec le monde) et les perceptions esthétiques : « percevoir esthétiquement n'est pas percevoir sous l'angle quotidien »³⁶. Les dernières supposent une certaine distance par rapport à l'exercice habituel de la perception, et s'indexent d'un plaisir. On songe au spectateur désintéressé de Kant. Est-ce une objection à l'analogie dressée entre perception clinique et perception esthétique ? Le clinicien en effet est engagé dans l'action. L'est-il trop pour prendre la distance nécessaire au plaisir qui accompagne la perception esthétique ?

Il me semble que cette opposition ne tient pas. Il serait possible de distinguer des temps de la clinique, certains immergés dans une action qui n'offre pas le loisir du détachement esthétique, et d'autres plus réflexifs, où le clinicien contemple par exemple ce qu'il a fait et en a une appréciation esthétique. Mais il me semble qu'il faut radicaliser ce qui se produit : au plaisir détaché de celui qui contemple « de loin », on opposera le plaisir qui signale, dans le cours et le cœur de l'action, que celle-ci est bien menée. Un mot de travers, un geste gauche, s'apprécie esthétiquement sur le champ. L'artisan, estime Sennett, l'est parce qu'il est « attaché à l'excellence du travail en soi ». Il exerce une activité pratique, mais son « travail n'est pas simplement un moyen en vue d'une fin », il « illustre la condition humaine particulière de l'engagement ». Au fur et à mesure de sa progression, « le savoir-faire est mieux assorti au problème », et « dès qu'ils le font bien, les gens peuvent sentir pleinement et penser profondément ce qu'ils font »³⁷.

B. DE LA DISCRIMINATION SENSORIELLE AU JUGEMENT REFLECHISSANT

Revenons là où nous étions rendus, à savoir la sensibilité à l'écart et au rapport à la forme théorique. Comment forme-t-on son esthésie clinique ? Cette sensibilité s'exerce, s'apprend, au contact direct de la réalité clinique. Le goût se cultive : on n'apprend pas le métier en mettant en pratique des règles théoriques, mais en aiguisant ses sens de telle manière à percevoir plus finement tout ce qui entre dans la composition de l'objet. L'intuition de Cabanis est toujours valable :

³⁶ ESMEIN Bernard, « Beauté et Différenciation », *Le Philosophoire* 2012/2 ; 38 : 43-76.

³⁷ SENNETT Richard, *Ce que sait la main*, op.cit., p.32-33.

« En médecine (...) les certitudes se trouvent plutôt dans les sensations mêmes de l'artiste, que dans les principes de l'art. Celui qui n'a point vu les objets, ne se fait aucune idée des preuves que fournit leur observation ».³⁸

Les disciplines « visuelles »³⁹ (au premier rang desquelles l'anatomie pathologique, la radiologie, la dermatologie), où le raisonnement clinique est étroitement lié à l'esthétique, envisagée alors comme une question de perception sensorielle plutôt que comme une affaire de goût⁴⁰, fournissent le terrain propice à mieux saisir certains aspects de ce qui concerne plus largement toute spécialité clinique. Cette sensorialité se déploie dans deux directions : la qualité de la forme, et l'acte de discrimination qui informe le jugement.

Pourtant la formation dans ces spécialités médicales ne promeut pas le jugement esthétique. Comme ailleurs, ce sont plutôt les aspects cognitifs (le savoir), psychomoteurs (les aptitudes gestuelles) qui sont mis en avant, ainsi que l'empathie sur le plan affectif. Or, pouvoir discriminer finement par la vue des qualités de l'objet relève d'un art de connaisseur (*connoisseurship*)⁴¹.

B.1 APPRENDRE A PERCEVOIR

Comment apprendre cette discrimination et la reconnaissance de formes ? Le novice a une propension à voir ce qu'il s'attend à voir (d'après le manuel) et non ce qui est visible sous ses yeux. Il faut apprendre à suspendre son jugement conceptuel, pour laisser la première place au perceptuel. Mais comment percevoir sans concept ? La priorité du conçu sur le perçu devient critique quand le « matériel visuel » est complexe, ambigu ou nouveau, ce qui requiert une attention particulière. Les experts quant à eux ont une propension à faire usage d'une heuristique visuelle qui passe par des analogies de forme avec des référents naturels (ex de la lésion colique en « trognon de pomme » qui renvoie à une sténose digestive par un cancer). La difficulté est que cette heuristique de l'expert (qui renvoie aux signes iconiques dans la terminologie de Peirce) peut égarer au contraire le novice.

La notion d'apprentissage perceptif ou perceptuel (*perceptual learning*) rend compte des modifications systématiques d'aspects perceptifs ou phénoménaux qui surviennent du fait de la répétition des stimulations. Elle fait envisager à la fois que la perception humaine est, pour une part, apprise, et à la fois que l'apprentissage humain est, pour une part, une affaire de perception⁴². Gibson et Gibson étudient la première question : que signifie apprendre à percevoir ? L'expérience passée semble enrichir les sensations de l'expérience présente. Mais

³⁸ CABANIS Pierre-Jean Georges, *Du degré de certitude de la médecine*, Paris, Didot, 1798.

³⁹ Nous n'ignorons pas toutes les modalités sensorielles qui sont mises en jeu dans la clinique (le regard bien sûr, mais aussi l'odorat, le toucher, et surtout l'écoute, car la médecine est immergée dans la parole), mais n'en ferons pas une analyse séparée.

⁴⁰ BLEAKLEY Alan et al., « Making sense of clinical reasoning: judgement and the evidence of the senses », art.cit.

⁴¹ Pour Polanyi, cela suppose une longue période d'expérience sous la houlette d'un maître d'apprentissage. POLANYI Michael, *Personal knowledge : towards a post-critical philosophy*, Londres, Routledge, 1962.

⁴² GIBSON James J, GIBSON Eleanor J, « Perceptual learning : differentiation or enrichment? », *Psychological Review* 1955;62(1):32-41. Nous n'ignorons pas qu'il existe de nombreux travaux en neurosciences cognitives qui dissèquent les opérations mentales de la perception, notamment visuelle. Mais leurs significations pratiques ne proposent pas pour l'heure des orientations synthétiques très différentes : on décrit surtout mieux les mécanismes qui réduisent la complexité, que Berthoz appelle la simplicité. BERTHOZ Alain, *La simplicité*, Paris, Odile Jacob, 2009.

par quels mécanismes ? Les sensations s'associent-elles à des images mémorisées ? Ou bien l'organisation de la sensation se structure-t-elle différemment ? Les théories en vigueur à l'époque de leur article (1955) avaient toutes en commun l'idée d'une différence entre la stimulation sensorielle et la perception finale ; nous glanons davantage d'informations que ce qui est transmis par le système de récepteurs. Le développement de la perception par l'apprentissage serait donc le fait d'un *supplément* (par interprétation ajoutée ou par réorganisation)⁴³. Les Gibson envisagent aussi l'hypothèse contraire : le flux des stimulations de récepteurs fournit l'ensemble des informations. La perception ne serait pas un processus créatif (d'enrichissement des sensations), mais discriminatif (par différenciation d'impressions auparavant vagues).

Dans le premier cas, les percepts évoluent avec l'expérience par acquisition successive d'images mémorisées qui s'associent aux sensations de base. La perception est *de moins en moins* en correspondance directe avec la stimulation sensorielle. L'apprentissage perceptuel conduit à plus d'imagination et d'inférences. Cela peut facilement rendre compte des illusions et des hallucinations. Dans le second cas, les percepts changent avec le temps du fait de l'élaboration progressive de variations qualitatives et factuelles : les objets du monde deviennent de plus en plus distincts, et le monde gagne de plus en plus de propriétés phénoménales. La perception est *de plus en plus* en correspondance avec la stimulation. Cela peut rendre compte de l'idée qu'un apprentissage est une amélioration⁴⁴.

En médecine, les deux conceptions peuvent faire valoir des exemples qui les illustrent. Les habitudes incorporées isolent un trait perçu et l'associent, par expérience et inférence, à un diagnostic. A la limite, le trait peut être « discrètement » présent (à peine visible ou audible par exemple) mais c'est la mémoire de l'expérience qui en « amplifie » le signal. Le débutant aussi peut repérer un signe et l'associer, par l'apprentissage théorique, à un diagnostic qui figure dans le manuel. Par exemple : devant une douleur abdominale vive de l'hypochondre droit chez un malade fébrile et ictérique, l'étudiant en médecine se remémore que l'angiocholite est le premier diagnostic à évoquer⁴⁵. Mais le praticien chevronné, qui a mémorisé par l'expérience les nombreux cas où ce diagnostic a été finalement porté alors que le tableau clinique était incomplet, peut en faire l'hypothèse bien que la fièvre ait disparu (à peine un frisson la veille), que la douleur légère n'apparaît qu'à la palpation appuyée de l'abdomen, et que l'ictère se résume à une discrète élévation du taux sanguin de bilirubine. Ici, la perception n'est plus en correspondance directe avec les stimulations sensorielles, et l'imagination, la mémoire, reconstruisent en quelque sorte les sensations manquantes.

Par contre, avec l'apprentissage, le clinicien apprend à distinguer plusieurs types de tremblement, plusieurs types de papules, plusieurs sonorités de râles respiratoires, etc., et son regard et son ouïe se seront aiguisés. Sa perception aura gagné en correspondance avec ce qui

⁴³ Dans les termes de Wittgenstein, on dirait que « la description de l'expérience visuelle (*Seherlebnis*), au moyen d'une interprétation est une description indirecte ». WITTGENSTEIN Ludwig, *Recherches philosophiques*, op.cit., p.275. C'est l'expérience acquise qui donne l'assurance que telle expérience visuelle est associée à une interprétation particulière de la figure.

⁴⁴ Ici aussi on peut évoquer Wittgenstein (que les Gibson ne mobilisent pas dans leur travail) : « "Maintenant c'est cela que je vois ", pourrais-je dire . (...) C'est la forme que prend le constat d'une nouvelle perception ». (Ibid., p.277).

⁴⁵ Surtout s'il a retenu l'aphorisme : « douleur + fièvre + ictère = angiocholite, jusqu'à preuve du contraire ».

est « sous les yeux » ou « audible », mais que le novice ne distingue pas encore comme des indices ou des signes spécifiques. Comme le dit Wittgenstein dans ses *Leçons sur l'Esthétique* :

« A apprendre les règles, vous parvenez à un jugement toujours plus affiné. Apprendre les règles change effectivement votre jugement »⁴⁶.

Qu'est-ce qui fait la différence entre les deux ? Le clinicien chevronné a appris à voir des lésions cutanées, à ausculter des cœurs et des poumons, à pratiquer des examens neurologiques, et il discerne davantage de nuances dans les stimulations visuelles et sonores. Si c'est un vrai connaisseur, une combinaison de ces nuances sensorielles évoque une réponse d'identification perceptive spécifique. Mais n'a-t-on pas alors rejoint la conception concurrente ? Qu'est-ce qui distingue le discernement de nuances de plus en plus fines de l'identification d'un trait discret comme étant la présence d'un indice ? Dans les deux cas, la répétition et la pratique sont nécessaires à des perceptions améliorées, comme dans bien des pratiques : « nous n'apprenons qu'en faisant »⁴⁷. La conception de la discrimination n'a certes pas « besoin » de la mémoire, mais ne rend pas bien compte des erreurs que le clinicien commet inévitablement⁴⁸.

Ce qui passe plus volontiers inaperçu, dans la formation médicale comme dans les analyses de la sensibilité clinique du médecin, est ce qui, du « tableau clinique », est volontiers relégué à l'arrière-plan quand cela déborde la communication d'informations manifestement utiles : les esthésies propres du patient, et sa parole.

1.1. Etre sensible aux esthésies du malade

Il a déjà été question de l'expérience vécue du malade. Nous l'avons mise en rapport avec l'expérimentation et l'expertise, mais il convient à présent d'ajouter quelques remarques sur la sensibilité du clinicien à l'expérience subjective du malade. Les signes de l'*Erlebnis* ont une signification clinique, ouvrent une fenêtre sur la dimension morale et existentielle de la maladie pour le malade, mais ils éveillent aussi des affects qui incitent à la sollicitude active (il sera question notamment de la compassion au chapitre XII), et qui sont incorporés dans la délibération thérapeutique comme autant d'indices perceptifs au service de l'appréhension du cas particulier⁴⁹. Technique clinique et éthique montrent leur intrication étroite. En effet, le sentiment de maladie connaît toutes sortes de variations. Lain Entralgo en propose les prototypes : « le mal est ressenti comme invalidité, désagrément, menace, succion par le corps, solitude, anomalie et ressource »⁵⁰. Incapacité, peine, douleur, anxiété, peur, repli sur soi, isolement, questionnement (« Est-on encore normal ? » « Y a-t-il malgré tout quelque chose à en tirer ? »). Il convient encore de s'enquérir des réactions du malade à ces

⁴⁶ WITTGENSTEIN Ludwig, « Leçons sur l'Esthétique », in *Leçons et conversations*, Paris, Gallimard, « Folio », 1992, §15, p. 23. Une note de Taylor ajoute: « Ces règles peuvent être tout à fait explicites et faire l'objet d'un enseignement, ou aussi bien de pas être du tout formulées » (Ibidem).

⁴⁷ INGOLD Tim, *Faire...*, op.cit., p.46.

⁴⁸ Certains auteurs soutiennent que les perceptions que nous appelons esthétiques sont en réalité des expériences émotionnelles. Voir par exemple GOFFIN Kris, « The affective experience of aesthetic properties », *Pacific Philosophical Quarterly* 2018; Online Version of Record, doi : 10.1111/papq.12245. Nous n'engagerons pas la discussion dans ce sens, mais reconnaissons que les émotions peuvent perturber non seulement le jugement mais aussi les perceptions.

⁴⁹ NORTVEDT Per, « Sensibility and clinical understanding », *Medicine Health Care and Philosophy* 2008; 11:209-219.

⁵⁰ LAIN ENTRALGO Pedro, *Le médecin et le malade*, op.cit., p.167.

sensations/sentiments : est-il plutôt révolté ou résigné, décidé à affronter une épreuve ou prêt à endurer une punition, etc. ?

Virginia Woolf rapporte expérience et réflexions sur la maladie dans un court texte écrit sur commande⁵¹. La maladie oblige à cesser la « mascarade » qui consiste à s'activer sans cesse pour « communiquer, civiliser, partager, cultiver le désert, éduquer les indigènes, travailler ensemble le jour, et, la nuit, prendre du bon temps »⁵². Alité, le malade déserte, et peut se mettre à regarder, par exemple le ciel. Mais au début du texte, l'éprouvé n'est pas tant celui d'un retrait de la présence au monde que celui d'une turbulence violente. Les symptômes de maladie (fût-ce une simple grippe – encore que la grippe en 1926 avait une signification probablement redoutable) font surgir « les friches et les déserts de l'âme », font sentir « les eaux de l'anéantissement se refermer », ou encore expérimenter une métamorphose de l'univers « où les outils de travail voient leurs contours s'estomper »⁵³. Pour y résister, il faudrait « le courage d'un dompteur de bêtes sauvages », « une philosophie à toute épreuve », « une raison enracinée dans les entrailles de la terre ». « Faute de quoi, (...) le corps et (...) sa douleur auront tôt fait de nous entraîner vers le mysticisme ».⁵⁴

Ce que décrit Woolf, mais aussi Marin (« la monstruosité du processus vital », « la trahison du corps par le corps » comme « schizophrénie de la vie qui ne sait pas ce qu'elle veut »⁵⁵, une sensation qui « répudie le monde extérieur »⁵⁶), m'évoque certaines remarques de Ernesto de Martino. Dans *Le monde magique*⁵⁷, il s'appuie sur de nombreux témoignages ethnographiques d'expériences qu'on dirait paranormales (visions prémonitoires, télépathie, marcheurs sur du feu, etc.), et en vient à proposer une thèse que je résumerais ainsi : dans une civilisation comme la nôtre, la décision de soi et du monde n'est plus un problème culturel dominant : nous sommes « donnés » à nous-mêmes, les objets et les événements du monde se présentent à la conscience empirique comme des « données »⁵⁸. Dans le monde magique (il désigne ainsi des cultures et des groupes où sont décrites ces pratiques de chaman, de sorciers, etc.), c'est précisément ce vécu qui est en cause, parce que la dualité présence-monde est un problème, est une question. Ce que nous appelons réalité (indépendance du donné, instauration d'un monde observable) est une configuration propre à notre culture : autonomie et unité de la conscience de soi. Dans le monde magique, c'est tout sauf évident. Eh bien, que se passe-t-il quand la personne perd son autonomie ? La menace, c'est de se défaire, de disparaître en tant que présence⁵⁹. Ce qui est vécu à une grande échelle dans le monde magique, où les frontières entre présence et monde ne sont pas garanties culturellement (et qui justifient le recours au sorcier, au chaman, pour lutter contre la dissolution), peut être vécu dans certaines catastrophes

⁵¹ WOOLF Virginia, *De la maladie*, op.cit.

⁵² Ibid., p.36.

⁵³ Ibid., p.31.

⁵⁴ Ibid., p.27.

⁵⁵ MARIN Claire, *Hors de moi*, op.cit, p.11.

⁵⁶ Ibid., p.32.

⁵⁷ DE MARTINO Ernesto, *Il mondo magico* (1948), trad. Marc Baudoux, *Le Monde magique*, Paris, Sanofi-Synthélabo, « Les empêcheurs de penser en rond », 1999.

⁵⁸ Ibid., p.164.

⁵⁹ Ibid., p.202.

individuelles comme la schizophrénie ou la paranoïa⁶⁰, mais l'expérience de la maladie physique peut aussi donner lieu à une remise en question de la présence décidée.

De Martino affirme que « la présence décidée et garantie est un acquis historique, révocable sous certaines conditions ». Dans certaines conditions, et il me semble que la maladie les réalise parfois, « l'être au monde peut ne pas résister à cette tension exceptionnelle et il peut donc à nouveau s'ouvrir au drame existentiel magique ».

Woolf rapporte aussi un rapport modifié au langage. Le malade se tourne vers les poètes, car la prose est souvent trop fatigante, et l'heure n'est pas propice au jugement critique ou à l'opinion sensée.

« Lorsque nous sommes malades, les mots semblent doués d'une qualité mystique. Notre compréhension excède la signification littérale, elle saisit d'instinct ceci, cela et le reste – un son, une couleur, ici un accent, là une pause – dont le poète (...) a parsemé sa page, afin d'évoquer (...) un état d'esprit que le langage est impropre à rendre et la raison inapte à expliquer. L'incompréhensible affecte puissamment ceux qui sont souffrants (...). Lorsque nous sommes en bonne santé, la signification l'emporte sur le son, l'intelligence agit en maître vis-à-vis des sens. Mais dès que nous déclinons (...) les mots livrent leur parfum, distillent leur saveur ; alors si nous finissons par en saisir la signification, celle-ci s'avère d'autant plus riche qu'elle nous est parvenue d'abord par la voie des sens, par l'intermédiaire du palais et des narines, telle une odeur intrigante ».⁶¹

La narratrice de *Hors de moi* fait des constats analogues : « la maladie réveille aussi une sensibilité qui s'était endormie. Tout devient plus émouvant. Elle introduit un nouveau rythme (...). Tout devient plus violent ».⁶² Que se passe-t-il ? L'esthésie met l'accent non sur la signification, mais sur le son, la musicalité d'un mot. C'est une qualité de la poésie, que de ne pas faire oublier « le fait qu'on dise » derrière « ce qui est dit »⁶³.

Ce que vit le malade peut intéresser le médecin : mais est-ce à la manière d'un ethnologue qui visite une peuplade lointaine et qui cherche à rendre compte de ce qu'il observe ? En quoi ce mode d'expérience, à savoir l'ébranlement de la distance assurée entre présence et monde d'une part, l'hyperesthésie au fait qu'on parle par rapport à ce qui est dit d'autre part, a-t-il des conséquences pour la « direction de la cure » ?

Le premier aspect peut mobiliser du côté du malade le recours au monde magique : verra-t-il dans le médecin un chaman, un sorcier ? Quelles conséquences ? S'y refuser ? S'en faire la dupe sans se méprendre ? Avons-nous fait précédemment (Cf. chapitre VI, D) preuve trop de prudence ? Le jugement porté par le médecin rationnel sur les expériences dites paranormales bute sur un obstacle de taille, car c'est la notion même de réalité qui est en cause. Le médecin doit-il – et si oui dans quelle mesure et comment ? – se défaire de ce qui constitue pour lui la solidité du sol sur lequel il avance, pour rejoindre le malade dans son expérience à lui ? Il nous semble que s'indique ici une autre dimension, plus immédiatement vitale, que l'attention au nuancier des émotions du patient.

⁶⁰ Ibid., p.165.

⁶¹ WOOLF Virginia, *De la maladie*, op.cit., p.49-51.

⁶² MARIN Claire, *Hors de moi*, op.cit., p.8-9.

⁶³ Cf. le commentaire plus bas sur cette phrase de Lacan.

Le second invite au moins à l'attention aux paroles : peut-être le ton est-il aussi important, plus important que les mots ? Mais peut-on aller au-delà ? Si le message communicatif s'adresse à l'intelligence, le sonore s'adresse aux sens. De même pour le médecin qui écoute. Quand l'expérience est violente, de l'ordre de la dévastation, de la destruction, de l'effritement intérieur⁶⁴, le médecin risque de succomber à la fascination inhibante, ou de s'en défendre par le rejet. Des consolations à la petite semaine seraient malvenues. Les situations de catastrophe *réelle* convoquent le *therapôn* (θεράπων), sa proximité physique, la simplicité : nous verrons cela dans le prochain chapitre. Les situations de catastrophe *imaginaire* requièrent peut-être davantage la *sôphrosunê* de l'attention également flottante à ce qui est effectivement demandé : ce peut-être par exemple de simplement supporter d'entendre le récit d'une catastrophe vitale sans piper mot.

1.2. Percevoir la parole et le discours

Si la clinique somatique impose souvent sa hiérarchie par la gravité manifeste (une détresse respiratoire a toujours priorité sur une rougeur localisée), ce qui est « donné à entendre » dans le discours est livré souvent dans une hiérarchie suggérée par le locuteur (les modulations de ton, la répétition, les mimiques, les pleurs : le malade cherche à attirer l'attention sur certains détails), ou imaginée par l'auditeur (qui se fait sa propre idée globale ou se focalise sur un détail qui lui paraît important, etc.). Pour la pratique, il semble que la recommandation freudienne à propos des récits de rêve puisse être étendue à la clinique médicale dans son ensemble. Plutôt que d'imaginer des scores d'importance (en fonction de quel critère ? la quantité de larmes ?), il faut tenter de traiter l'ensemble des éléments comme d'égale importance, avec le même degré d'attention (Cf. la « *Gleichschwebende Aufmerksamkeit* »). Et comme c'est une technique qui n'a rien de spontané, qui est même contraire à l'attitude commune, elle peut apparaître comme une prise de distance indifférente à la puissance des affects. Il n'en est rien. Mais c'est certainement une ascèse. Est-elle contraire à la perspective kantienne ? Non. Si l'imaginaire est captivé, l'imagination n'est plus libre. Le clinicien est encombré lui-même de la tragédie du patient, et son écoute n'est plus disponible. Traiter de manière égale ce qui semble important et ce qui paraît accessoire permet de réorienter la sensibilité du clinicien, et notamment d'entendre aussi le dire, la prise de parole, pas seulement le contenu de l'énoncé. Dans la parole, coexistent ce qu'on dit (et pas uniquement la signification d'ensemble, mais aussi le sens des mots isolément) et le fait qu'on parle (l'acte locutoire, la parole en train d'avoir lieu, l'énonciation, le sonore). La matérialité des mots (le signifiant délesté du sens) tient aux deux registres. Il y a là aussi une esthétique/esthésie de la performance de parole⁶⁵. L'œuvre (musicale surtout) que le médecin interprète est alors ce que le patient donne à entendre, et qui lui est restitué.

On pourrait croire que ce qui est visé dans l'anamnèse est une réalité événementielle passée, accréditée par un récit qui convoque celui qui l'écoute à se l'imaginer. Autant j'écoute avec attention la constitution de la maladie et son contexte, autant ce qui est rapporté par le malade

⁶⁴ Comme dans Claire MARIN, *Hors de moi*, op.cit.

⁶⁵ Je mentionne aussi au passage, une des intuitions de départ des théories du *care* : l'écoute d'une voix différente. GILLIGAN Carol, *Une voix différente ; pour une éthique du care*, Paris, Flammarion, « Champs essais », 2008.

garde le statut d'une narration en première personne. Dans la perspective des « traces », il s'agit, par l'anamnèse dirigée, d'une première lecture de sa trace. Si événement il y a, c'est, comme l'écrit Fédida,

« Ce qui est produit *entre* le malade et le médecin dès lors que l'écoute de celui-ci a l'insistance d'une question *pour une parole qui ne savait pas ce qu'elle avait à dire*. Si l'attention clinique s'intentionnalise sur le contenu scénique de l'événement raconté, elle dénie à la parole de ce récit sa puissance transférentielle »⁶⁶.

B.2 OBSERVER ET ETRE SURPRIS

Vient à propos une assertion lacanienne : « Qu'on dise reste oublié derrière ce qui se dit dans ce qui s'entend »⁶⁷. Il la commente :

« Qu'on dise (Renvoie à l'intention qui existe dans le dire, soit ce qui nous pousse à parler, le désir qui nous cause en tant que parlant : énonciation ou encore le **Réel** du message) reste oublié derrière (Ce point rappelle que le « qu'on dise » n'intéresse personne, pris que nous sommes dans le concret des signifiants qui nous sont adressés) ce qui se dit (C'est la chaîne signifiante qui nous est adressée ; c'est à proprement parler l'énoncé. **Symbolique** du message) dans ce qui s'entend (c'est-à-dire cette chaîne signifiante que nous prenons, « pour argent comptant » – pris que nous sommes dans la glu du sens des mots qui nous attrapent d'abord sur leur versant **imaginaire**) »⁶⁸.

Le dire est du côté de l'énonciation (du fait qu'on parle), alors que le dit est du côté du résultat de cet acte, de l'énoncé (de ce qu'on a dit). La locution « ça ne va pas sans dire » indique que le dit (de la vérité) ne va pas tout seul, le dit ne va pas sans dire. « La logique du dit est fondée sur les valeurs de vérité. Cependant, pour qu'un dit soit vrai, il faut encore qu'on le dise, que dire il y ait (...) : la logique du dire est modale »⁶⁹.

L'attention au dire, la surprise qui naît dès lors qu'on ne se laisse plus happer par l'observation du contenu du dit, par l'intention de sens qu'il véhicule, peut mettre sur la voie d'une découverte. Car, plus généralement, le début de toute enquête est provoqué par une observation surprenante, un résultat curieux et inexplicable qui peut amorcer un raisonnement de type abductif⁷⁰. Umberto Eco appelle ce procédé abductif la méthode du détective. Elle est

⁶⁶ FEDIDA Pierre, *Crise et contre-transfert*, Paris, Presses Universitaires de France, 1992, p.53.

⁶⁷ LACAN Jacques, « L'étourdit » (1972), *Autres écrits*, Paris, Seuil, 2001, p.449-495. Il y a en fait trois autres occurrences, avec des petites variantes : « Qu'on dise comme fait reste oublié derrière ce qui est dit, dans ce qui s'entend » (*Le Séminaire Livre XIX, ...ou pire*, (1971-1972), Paris, Seuil, 2011, p.221 et « Discours de Jacques Lacan à l'Université de Milan le 12 mai 1972 ») ; « le dire est justement ce qui reste oublié derrière ce qui est dit dans ce qu'on entend » (*Séminaire Encore*, op.cit., séance du 19 décembre 1972).

⁶⁸ LACAN Jacques, « L'étourdit », art. cit.

⁶⁹ La phrase « Qu'on dise... » est suivie par : « Cet énoncé qui est assertif par sa forme, appartient au modal pour ce qu'il émet d'existence », dans une version inédite du séminaire.

⁷⁰ L'abduction selon Peirce est « le procédé qui consiste à former une hypothèse explicative. C'est la seule opération logique qui introduit une idée neuve. L'abduction ne fait que suggérer que quelque chose pourrait être le cas » (PEIRCE Charles Sanders, *Collected Papers*, op.cit., CP 5.171). Le raisonnement abductif peut être schématisé comme suit : « Le fait surprenant C est observé; mais si A était vrai, C irait de soi; il y a donc des raisons de soupçonner que A est vrai » (CP 5.189). Si le résultat C était considéré comme un cas de cette loi A, le Résultat ne serait plus curieux, mais au contraire très raisonnable.

d'ailleurs explicitement décrite et mise en œuvre dans le roman *Le nom de la rose*⁷¹. Passer d'un indice à une hypothèse, d'une donnée à une théorie.

« Il n'y a pas de différence (au plus haut niveau) entre la froide intelligence spéculatrice et l'intuition de l'artiste. Il y a quelque chose d'artistique dans la découverte scientifique et quelque chose de scientifique dans ce que les naïfs nomment les "géniales intuitions de l'artiste". Ce qu'elles ont en commun : le bonheur de l'Abduction »⁷².

L'abduction convoque l'imagination, l'intuition, la créativité. Ceci est vrai également pour les maladies cachées au regard.

Dans un autre régime que celui du dire oublié derrière le dit, mais qui n'en est pas si éloigné, le traité *De l'Art* du *Corpus hippocratique* aborde la question difficile des maladies internes, maladies cachées pour l'essentiel au regard. « Ces maladies exigent en effet plus de peine et pas moins de temps que si elles étaient vues par les yeux pour être connues. Car ce qui échappe au regard des yeux, tout cela est vaincu par le regard de l'intelligence », c'est-à-dire par le raisonnement⁷³. A travers le regard mental l'absent est rendu présent, l'invisible est rendu visible. Les médecins pèsent la signification de signes variés et en infèrent (par abduction) le type de maladie, son histoire et son pronostic (présent, passé, futur).

Encore faut-il pouvoir à la fois observer et être surpris. On ne peut être surpris que parce qu'un écart a été perçu entre ce qui est vu et ce qu'on s'attendait à voir, en fonction de ce qui est conçu. Il faut donc faire jouer une sorte d'alternance dans la prééminence du concept et du percept, aller à la rencontre de l'objet en étant à la fois armé de concepts (sans quoi on ne verrait rien du tout) et les mettant entre parenthèses (sans quoi on ne pourrait être surpris, car l'écart au canon de la forme relève de la discrimination fine). On retrouve ici la disposition de l'expérimentateur tour à tour actif et passif (Cf. chapitre IX).

Foucault parle de l'évolution de l'acte de perception médicale (le regard), qui n'est pas un jugement objectif mais une manière de donner sens au symptôme, à la maladie, dans une configuration particulière historique et culturelle⁷⁴. Voir selon lui n'est pas une simple description, mais aussi un discours, une assignation de sens. Apprendre à voir suppose l'acquisition de ce langage savant. A sa suite, de nombreuses critiques ont été adressées à la médecine, qui ne fonctionnerait que selon des préjugés discutables. Mais le médecin penche généralement pour une perspective plus réaliste, qu'on trouve aussi dans le traité *De l'art*:

« Il est absurde de penser que les réalités sont produites par les noms ; la chose est impossible ; les noms sont des conventions que la nature impose, mais les réalités sont non des conventions qu'elle impose, mais des productions qu'elle enfante »⁷⁵.

Bien sûr, on ne peut ignorer que nous abordons la réalité avec des catégories qui nous permettent de faire expérience de nos sens et de notre entendement⁷⁶. Mais nous avons

⁷¹ ECO Umberto, *Le nom de la rose*, Paris, Librairie Générale Française, « Le livre de poche », 1982.

⁷² ECO Umberto, *De Superman au surhomme*, Paris, Grasset, 1993.

⁷³ HIPPOCRATE DE COS, « De l'art », *Oeuvres complètes Tome V, 1^{ère} partie*, Paris, Les belles lettres, 2003 ; p.237.

⁷⁴ FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique*, op.cit.

⁷⁵ HIPPOCRATE DE COS, « De l'art », *Oeuvres complètes Tome V, 1^{ère} partie*, Paris, Les belles lettres, 2003, p.226 (traduction modifiée en empruntant à celle de Littré).

⁷⁶ Cf. KANT Emmanuel, *CRP*, op.cit.

tendance à considérer que nous avons une connaissance directe de ce que nous percevons. Comme le disait Aristote avant Russell et le *knowledge by acquaintance* :

« Ce n'est pas parce que nous pensons d'une manière vraie que tu es blanc, que tu es blanc, mais c'est parce que tu es blanc, qu'en disant que tu l'es, nous disons la vérité » (*Mét.* 1051b6-8).

On pressent la tension inhérente à la démarche clinique. C'est comme si son réalisme foncier n'était pas sans savoir la part constructiviste qui le rend opératoire. De chaque côté il y a un écueil pratique.

Claude Bernard affirmait qu'il fallait questionner la nature avec une idée préconçue, mais écouter sa réponse sans idée préconçue. Alternance, pulsation, dialectique, entre un regard perçant, actif, et une écoute passive (Cf. chapitre IX, A).

« Je dirai que l'expérimentateur pose des questions à la nature ; mais que, dès qu'elle parle, il doit se taire ; il doit constater ce qu'elle répond, l'écouter jusqu'au bout, et, dans tous les cas, se soumettre à ses décisions. L'expérimentateur doit forcer la nature à se dévoiler, a-t-on dit. Oui, sans doute, l'expérimentateur force la nature à se dévoiler, en l'attaquant et en lui posant des questions dans tous les sens ; mais il ne doit jamais répondre pour elle ni écouter incomplètement ses réponses en ne prenant dans l'expérience que la partie des résultats qui favorisent ou confirment l'hypothèse. (...) L'expérimentateur qui continue à garder son idée préconçue, et qui ne constate les résultats de l'expérience qu'à ce point de vue, tombe nécessairement dans l'erreur, parce qu'il néglige de constater ce qu'il n'avait pas prévu et fait alors une observation incomplète »⁷⁷.

Foucault évoque la sensibilité esthétique en contrastant le *gaze* technique et analytique et le coup d'œil (*glance*⁷⁸) appréciatif et discriminatoire. Un regard oblique, momentané, qui comprend rapidement. La recherche en radiologie et dermatologie semble montrer que l'erreur croît avec un temps de vision long, et que moins d'erreurs se produisent quand une décision rapide est prise après une saisie exhaustive des signes et symptômes⁷⁹. Par contraste, l'heuristique est souvent disqualifiée dans la formation médicale car elle est plus vulnérable à l'erreur. En fait, toute heuristique est à double-face : elle biaise ou affine le jugement.

Ce que Foucault ne permet pas d'aborder de front est bien cette dialectique entre la réalité (indépendante de l'observateur) qu'il s'agit de décrire pour la comprendre et la traiter de manière adéquate, et les outils pour l'appréhender qui sont façonnés par des théories. De plus, la « nature » ne se laisse pas aisément décrire avec la précision des concepts. Elle se présente sous une forme approximative, floue : c'est pourquoi l'apprentissage pratique est indispensable, mais c'est un apprentissage d'ordre esthétique : apprendre à décrire, à voir, à entendre, à se laisser surprendre par des écarts. Cabanis en avait l'intuition :

« La nature ne porte rien dans l'exacte précision ; elle semble avoir voulu se conserver partout une certaine latitude (cette latitude correspond exactement à celle que l'art peut se donner dans la pratique, ou plutôt elle ne fournit la mesure) ». « Les vraies certitudes, appartiennent exclusivement aux objets de pure spéculation : dans la pratique, il faut se

⁷⁷ BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, op.cit., p.52-53.

⁷⁸ Foucault situe historiquement le *glance* à l'époque des Lumières, mais on en trouve déjà la mention chez Aristote (*eustochia*).

⁷⁹ BLEAKLEY Alan et al., « Making sense of clinical reasoning: judgement and the evidence of the senses », art.cit.

contenter d'approximations plus ou moins exactes, que par cette raison on pourrait appeler certitudes pratiques »⁸⁰.

Ce flou est frustrant. Les certitudes pratiques ne sont qu'approximatives. Mais il faut bien prendre acte que le développement des techniques d'imagerie (pour le radiologue), ou de microscopie et de marquages tissulaires (pour l'anatomie pathologique) ne l'ont absolument pas dissipé. Tout au plus s'est-il déplacé.

La perception clinique est une perception orientée vers un but : reconnaître pour interpréter le signe, et au-delà de chaque signe élémentaire, leur mise en ordre dans une configuration morbide. Mais il ne suffit pas d'avoir le projet de faire un diagnostic pour que la chose soit faite. Cette reconnaissance n'est pas seulement esthétique, elle est aussi esthétiquement et renvoie à l'expérience du beau telle que Kant la présente, expérience d'un accord contingent entre la chose et ma sensibilité. Dans ce cas ne fait-on qu'écouter/observer la nature avec une sensibilité informée *a priori* (par les catégories de la nosographie) qui va au-devant de l'objet, le forçant en quelque sorte à l'accord ? Cette expérience du beau comme accord contingent m'évoque ce que dit Ingold du faire. Racontant la confection de paniers en osier (un matériau récalcitrant, mais dont la résistance fait tenir l'ensemble), il dit que « la forme n'était pas imposée à la matière de l'extérieur, mais était engendrée par le champ de forces qui se déployait dans les relations entre le vannier et l'osier »⁸¹.

La nomination d'un perçu, d'une trace brute, en signe, l'opération qui fait passer d'un bruit au message signifiant est expérience d'un accord de ce genre : une forme engendrée par un champ de forces. D'une part, l'interprétant qui cherche à imposer sa forme à la matière brute, de l'autre la matière brute qui résiste à l'en-forme, la forçant à s'ajuster. La compétence technique rencontre des matériaux dotés de propriétés⁸².

Une indication de Platon est alors précieuse : Socrate distingue « les perceptions des sens qui laissent la pensée tranquille, et celles qui forcent à penser parce que la sensation qu'elles produisent ne permettent pas un jugement sain »⁸³. La raison en est que dans ce dernier cas, « la perception n'éclaircit nullement la question de savoir si l'objet tombe sous un prédicat ou sous le prédicat contraire »⁸⁴. Deleuze, qui commente ce passage dans *Différence et répétition*, distingue les « objets de reconnaissance » vers lesquels toutes les facultés convergent, et ce qui force à penser parce qu'il échappe au sens commun et rend l'âme perplexe par la discorde des facultés⁸⁵.

Il faut donc peut-être apporter un correctif au jugement de goût pour la pratique clinique : quelque chose « cloche », ne s'intègre pas dans un jugement facile. Plutôt que de l'écarter, ce que ferait le clinicien pressé, s'en saisir comme signal d'une intellection nécessaire. Prendre garde à ne pas confondre le sensible perçu par les sens, attribuable, par facilité peut-être, à

⁸⁰ CABANIS Pierre-Jean Georges, *Du degré de certitude de la médecine*, op.cit.

⁸¹ INGOLD Tim, *Faire...*, op.cit., p.63.

⁸² On évitera de prendre l'analogie à la lettre et de s'offusquer qu'on considère des corps parlants comme des matériaux dotés de propriétés.

⁸³ PLATON, *Rép.* 523bc sq.

⁸⁴ PLATON, *Rép.* 523c, glosé par Badiou (BADIOU Alain, *La république de Platon*, Paris, Librairie Arthème Fayard, « Pluriel », 2014, p.387).

⁸⁵ DELEUZE Gilles, *Différence et répétition*, op.cit., p.181-4.

l'objet, en tous cas produisant un sentiment de retrouvaille du modèle conçu, qui laisse la pensée tranquille, et ce qui doit être perçu, ce qui force à penser, qui n'est plus du tout une qualité de l'objet, mais un signe. Signe d'un écart, d'un discord⁸⁶.

Dans un cas comme dans l'autre, l'esthésie n'est pas abandonnée au profit du seul intellect. Si « l'unité subjective de la relation entre les facultés (d'imagination et d'entendement) ne peut se faire connaître que par la sensation⁸⁷ », c'est aussi *la sensation* d'une discordance qui force à continuer de penser.

B.3 RECONNAISSANCE PERCEPTIVE D'UN CONCEPT

La distinction que nous avons faite entre l'activité et la passivité de la perception, doit être saisie comme les deux faces d'une seule pièce. Cette double face de la perception trouve son corrélat dans le caractère synthétique du jugement de goût⁸⁸. Celui-ci vient de l'expérience, et il n'est pas donné dans le concept de l'objet, sans quoi il ne mettrait pas en jeu la sensibilité des sujets. Kant ne situe pas les propriétés esthétiques dans l'objet, mais dans le sujet.

Je proposerais que l'art du connaisseur tient surtout à la mobilité du jeu entre les deux aspects – observer et être surpris –, toute exclusive étant vouée à l'échec. Le goût se cultive : on n'apprend pas le métier en mettant en pratique des règles existantes, mais en aiguisant ses sens de telle manière à percevoir plus finement tout ce qui entre dans la composition de l'objet, et aussi les relations avec d'autres objets.

En effet, Wittgenstein mentionne un autre type de perception, qui trouve sa pertinence quand on le transpose dans la clinique, et qui offre une autre perspective encore que celle que nous avons rapportée à partir des Gibson :

« J'observe un visage, et je remarque soudain sa ressemblance avec un autre. Je vois qu'il n'a pas changé, et pourtant je le vois différemment. Je nomme cette expérience « remarque d'un aspect »⁸⁹.

« Ce que je perçois lors de l'apparition soudaine de l'aspect n'est pas une propriété de l'objet. C'est une relation interne entre lui et d'autres objets⁹⁰ ». Cette « relation interne » se donne comme une perception, dans son évidence, et pourtant elle n'est pas descriptible comme si c'était une qualité de l'objet perçu : percevoir par exemple la tristesse d'un visage, ou un ton de voix mensonger, est « l'expression d'une *nouvelle* perception, et en même temps celle d'une perception inchangée »⁹¹, mais relevant toujours du contact direct.

« La subtilité du regard, du geste et du ton relève de l'évidence impondérable. Je peux reconnaître un regard véritablement amoureux, le distinguer d'un regard qui simule l'amour [...]. Mais il se peut que je sois dans l'incapacité totale de décrire ce qui les

⁸⁶ GROSSMAN Evelyne, *Eloge de l'hypersensible*, Paris, Minuit, 2017.

⁸⁷ KANT Emmanuel, *CFJ*, §9, AK V 219.

⁸⁸ Le jugement de goût est un jugement synthétique a priori tout comme (CRP) les concepts de l'arithmétique et ceux des sciences de la nature (par exemple, dans tous les changements corporels, la quantité de matière reste la même : c'est nécessaire et donc *a priori*. *L'a priori* ce sont *des conditions de possibilité* de l'expérience).

⁸⁹ WITTGENSTEIN Ludwig, *Recherches philosophiques*, op.cit., p.294.

⁹⁰ Ibid., p.298.

⁹¹ Ibid., p.278.

différencie. Et ce n'est pas parce que les langues que je connais manquent de mots pour cela »⁹².

Les exemples que donne Wittgenstein sont simples. Partant des emplois du mot « voir », et glosant sur le fameux canard-lapin, il montre qu'une seule présentation graphique peut donner lieu à de nouvelles perceptions :

« Quelqu'un qui cherche, dans une figure (1), une autre figure (2) et finit par la trouver voit alors la figure (1) d'une nouvelle façon. Il peut en donner une description d'un nouveau genre ; de plus, le fait qu'il remarque la figure (2) est une nouvelle expérience visuelle »⁹³.

Voici un autre exemple, qui nous rapprochera de la clinique. Nous ne reconnaissons pas l'expression craintive d'un visage sans être familiers du concept de crainte.

« Nous réagissons à l'expression du visage différemment de celui qui ne la reconnaît pas comme craintive (au sens *plein* du terme). – Mais je *ne* veux *pas* dire par là que nous sentirions cette réaction dans nos muscles et nos articulations, et que c'est en cela que la « sensation » consisterait. – Ici nous avons un concept modifié de *sensation* »⁹⁴.

Ces « nouvelles » perceptions supposent la pratique assidue, la maîtrise d'une technique : « Le substrat de cette expérience vécue est la maîtrise d'une technique »⁹⁵. Elles équivalent à la reconnaissance perceptive d'un concept. La maîtrise d'une technique, c'est l'apprentissage d'un jeu de langage : le langage est aussi une condition de possibilité d'expériences perceptives. Il nous semble que ce que procure l'apprentissage de la *tekhnē* médicale, c'est aussi une expérience modifiée de sensations, nous y reviendrons un peu plus bas.

Bien entendu, nous ne pouvons ignorer que ces « nouvelles perceptions » sont aussi tributaires des déterminations historiques, sociales, culturelles du jugement médical⁹⁶. En traiter dans le détail nous obligerait à élargir brutalement la perspective dans laquelle nous engageons ce chapitre sur l'esthétique. Par contraste – ce qui nous permet aussi de justifier qu'on ne s'arrête pas davantage à la perspective constructiviste bien détaillée par Foucault – Jackie Pigeaud souligne une certaine intemporalité de la description clinique, à partir de l'étude du corpus hippocratique. Bien sûr, l'observation revendiquée comme fondement dépend de la mentalité du moment⁹⁷. La sélection des événements décrits est fonction d'une théorie⁹⁸ et c'est dans la mesure où il y a une sélection d'événements qu'il y a des signes⁹⁹. Nous l'avons évoqué en parlant des descriptions mince et épaisse de l'ethnologue (Cf. chapitre I, B). Ce n'est pas un observateur neutre, vierge de tout *a priori*, qui propose ses descriptions. Toutefois, ce qui fait l'intérêt des descriptions d'Hippocrate pour des lecteurs ultérieurs qui ne partagent plus du tout les mêmes *a priori* théoriques étiologiques, comme la théorie des humeurs par exemple, c'est

⁹² Ibid., p.319.

⁹³ Ibid., p. 282.

⁹⁴ Ibid., p.295.

⁹⁵ Ibid., p.294.

⁹⁶ On pourrait multiplier les exemples. Quand au XVIII^e siècle, on interprétait un grand nombre de symptômes comme des signes d'onanisme, c'est la théorie (masturbateur = dégénéré) qui poussait à en traquer les manifestations (FOUCAULT Michel, *Les Anormaux, Cours au Collège de France 1974-1975*, Paris, Gallimard/Seuil, « Hautes Etudes », 1999).

⁹⁷ PIGEAUD Jackie, *Poétiques du corps...*, op.cit., p.68.

⁹⁸ Ibid., p.94.

⁹⁹ Ibid., p.99.

qu'il sépare l'attirail étiologique théorique de la description. Ce qui fait qu'on peut proposer d'autres diagnostics, avec de nouvelles théories étiologiques, à partir des descriptions qu'a faites Hippocrate. Il y a donc lieu de distinguer la maladie comme fait biologique qui produit des manifestations qu'on peut recueillir et décrire [de manière simple] et la maladie comme entité organisée par la théorie. Si décrire c'est ordonner¹⁰⁰, la description ne cherche pas à épuiser le réel¹⁰¹, elle est un choix d'événements que le médecin institue comme signes. Il faut un code, mais pas forcément *Le* code : le message peut être déchiffré autrement¹⁰². De même qu'il y a entre les descriptions mince et épaisse de l'ethnologue un degré intermédiaire, de même me semble-t-il, il y a une relative autonomie aux perceptions médicales. Par exemple, des « tableaux cliniques » ont reçu, à diverses époques, des interprétations variées, mais ce sont les *mêmes* traits sémiologiques que l'on rapporte¹⁰³. Autrement dit, la maîtrise d'une technique qui permet de nouvelles perceptions sémiologiques ne tombe pas complètement sous la critique du constructivisme.

Rapportée à l'esthétique, cette problématique est celle des pôles entre lesquels oscille le jugement esthétique. Vincent Citot parle de « travers » :

« Le premier consiste à *attribuer à l'objet perçu les qualités de la perception*, (...) donnant ainsi à la beauté une dimension *ontologique*. C'est l'illusion de l'objectivité (...). Le second travers est inverse et symétrique : la *réduction du perçu au percevant*, qui fait de la qualité esthétique une pure impression subjective, individuelle et incommunicable. (...) Dans les deux cas, le jugement esthétique est biaisé »¹⁰⁴.

Ces considérations se laissent aussi transposer au jugement médical clinique. Illusion de l'objectivité quand le médecin méconnaît qu'il est « le percevant ». Pour s'en garder, il se tourne vers des examens complémentaires, mais ceux-ci ne font que reproduire l'illusion de l'objectivité : le résultat biologique doit encore être interprété, la signification pathologique de la réalité qu'il a mesurée n'est pas donnée sans équivoque. L'image radiologique reste une image de la lésion et pas la lésion elle-même, et elle aussi doit être interprétée. La réduction du perçu au percevant est davantage le travers du constructiviste radical que celui du clinicien, c'est pourquoi nous avons insisté pour faire pencher la balance, non pas jusqu'au travers, mais en direction de ce pôle subjectif, tant sa pertinence nous semble grande. Radicaliser Foucault, c'est alors oublier que, s'il y a construction, c'est bien *quelque chose* est construit, et que ce quelque chose n'est pas pure imagination. Ian Hacking a fait sur ce sujet des observations auxquelles je souscris volontiers¹⁰⁵.

B.4 JUGEMENT SUBJECTIF ET PRETENTION OBJECTIVE.

Dire que le jugement de goût est esthétique signifie que le jugement esthétique rapporte par l'**imagination** la représentation de l'objet au **sujet** et au sentiment qu'il éprouve

¹⁰⁰ Ibid., p.96.

¹⁰¹ Ibid., p.97.

¹⁰² Ibid., p.100.

¹⁰³ Ainsi, la description de la neurasthénie fin XIX^e ressemble à s'y méprendre à celle du syndrome de fatigue chronique ou de la fibromyalgie de 2018 (Cf. conclusion de la première partie).

¹⁰⁴ CITOT Vincent, « Illusions et exigences du jugement esthétique », art.cit.

¹⁰⁵ HACKING Ian, *Entre science et réalité : la construction sociale de quoi ?*, op.cit.

(plaisir/déplaisir), lequel ne désigne rien dans l'objet¹⁰⁶. Si le prédicat du jugement de goût est le sentiment de plaisir ou de peine éprouvé face à l'objet¹⁰⁷, il convient, pour étendre son usage en médecine au-delà des seules appréciations de la beauté, de considérer que ce qui est beau ici, est l'accord (trivialement : le bruit est élevé au rang de signe, ou encore la maladie est diagnostiquée), et que le sentiment de déplaisir correspond à l'absence d'accord (cf. ce que nous avons dit plus haut du beau cas). Pour autant, on n'est pas dans le régime de l'agrément, sans quoi la pratique diagnostique serait vraiment aléatoire.

Certes, le jugement esthétique est un jugement singulier, il est donc empirique, il est lié à la représentation d'un objet singulier, et pourtant, il est prononcé avec une connotation d'universalité¹⁰⁸ : comme si chacun, nécessairement, devait éprouver le même plaisir que nous devant l'objet que nous trouvons beau, sans que nous ayons à vérifier dans l'expérience qu'il y a un tel consensus. Or, ces caractéristiques de l'universel et de la nécessité sont les marques de fabrique de l'*a priori*. Ce qui est important de noter dès lors, pour la clinique, c'est que cette pratique a beau être approximative, floue, empirique, concerner une chose singulière et un sujet particulier dans sa sensibilité, il n'en demeure pas moins qu'elle énonce des jugements qui ont une prétention à la nécessité et à l'universalité : le médecin ne termine pas son examen en disant « je me trompe peut-être parce qu'il s'agit de ma sensibilité en suggérant l'éventualité de telle maladie », mais il énonce un jugement, fût-il assorti d'un degré de vraisemblance qui demandera à être précisé ultérieurement. Certes, en énonçant son jugement, il lui donne une coloration objective, il semble rapporter son jugement aux propriétés de la chose, alors qu'en réalité, pour Kant, il réagit à l'effet qu'elle produit¹⁰⁹.

La nuance kantienne est subtile, et nous sommes plus familiers, en médecine, du jugement de connaissance, qui « rapporte **par l'entendement**, la représentation de l'objet **à l'objet** lui-même, en vue d'une connaissance de cet objet ». On pourrait alors songer s'être fourvoyé en empruntant la voie du jugement esthétique pour décrire la clinique, alors qu'on aurait affaire au jugement de connaissance. Toutefois, il s'agissait bien de la sensorialité du clinicien à l'œuvre, et non pas de son seul entendement. De plus, il est aussi question d'affect : « Le sujet s'éprouve lui-même tel qu'il est affecté par la représentation »¹¹⁰. Parfois, le médecin éprouve le sentiment de lui-même tel qu'il est affecté dans la représentation. Tel malade angoisse, séduit, dérange, fascine, motive, etc. Certes a-t-il tendance à projeter la cause de cet affect dans l'objet (le malade), mais il pourrait s'aviser de sa propre implication subjective. De plus, le jugement de connaissance ici à l'œuvre ne relève que de la faculté de juger réfléchissante, et pas de la faculté de juger déterminante. Nous y reviendrons plus bas. La faculté de juger déterminante fait intervenir le concept (universel) comme principe, c'est le concept qui prescrit la règle à la faculté de juger, le divers est spécifié sous un concept donné¹¹¹. Dans la pratique médicale,

¹⁰⁶ KANT Emmanuel, *CFJ*, §1, AK V 204.

¹⁰⁷ Cette sonate est belle. Si la beauté était contenue dans le concept « cette sonate », l'expérience esthétique ne mettrait pas en jeu la sensibilité des sujets.

¹⁰⁸ Le jugement de goût postule la communicabilité universelle de la sensation. KANT Emmanuel, *CFJ*, §9, AK V 219.

¹⁰⁹ « Dire d'une chose qu'elle est belle n'est pas la décrire telle qu'elle est, savoir qu'elle est belle, mais réagir à l'effet qu'elle produit ». Roger Pouivet trouve que ce §1 de la Critique kantienne est le péché originel de l'esthétique. POUIVET Roger, *Le réalisme esthétique*, Paris, Presses Universitaires de France, 2006, p.12 et p.173.

¹¹⁰ KANT Emmanuel, *CFJ*, §1, AK V 204.

¹¹¹ KANT Emmanuel, *CFJ*, Première introduction (= introduction à la première édition), V, AK XX 215.

nous avons certes tendance à utiliser le jugement déterminant qui fait plier l'objet sous la spécification conceptuelle, comme si le principe était garanti, oubliant que le point de départ n'est qu'une construction théorique provisoire. Kant, mais aussi Claude Bernard, invitent à une « conversion » du regard et de la disposition subjective du médecin par rapport à la science, qui en réalité revient à redécouvrir l'actualité du premier chapitre de la *Métaphysique* d'Aristote (cf. chapitre VIII).

En fait, le jugement esthétique est relié au jugement en général par la condition subjective de tous les jugements qui est le pouvoir de juger lui-même, lequel exige l'accord de deux facultés représentatives : – l'imagination pour intuitionner, et pour synthétiser le divers intuitif, la diversité donnée dans les représentations de l'objet – et l'entendement, pour concevoir, pour fournir le concept, la représentation de l'unité de cette synthèse. Imagination et entendement sont réunis par la faculté de juger, qui est celle dont nous avons besoin.

D'autre part, les perceptions nouvelles de Wittgenstein neutralisent en quelque sorte l'opposition paradigmatique entre propriétés de l'objet et jugement subjectif. Ces perceptions nouvelles sont inconcevables sans avoir appris les concepts, et c'est pourquoi Virno appelle cela un *sensualisme au second degré*¹¹² : des sensations qui ne précèdent pas les concepts, mais des sensations conclusives, une combinaison inextricable du fonctionnement des organes sensoriels et de la pensée verbale¹¹³.

Voici comment il commente les remarques de Wittgenstein sur le canard-lapin :

« Quand, en observant une figure ambiguë (le canard qui peut aussi être vu comme un lapin), je perçois soudainement l'aspect qui m'échappait jusque-là et que je m'exclame "C'est un lapin", ou quand dans l'entrelacs de lignes d'un rébus je reconnais finalement un profil humain et que je dis "Voilà ce que c'est !", dans les deux cas je n'affirme rien de vrai ou de faux, mais je me limite à *thigein* et *phanai* »¹¹⁴.

Thigein et *phanai* renvoient à Aristote :

« Pour les êtres incomposés [exemple de Virno : l'expression mélancolique d'un visage], qu'est-ce qu'être ou n'être pas, qu'est-ce que le vrai et le faux ? Le vrai, c'est saisir (le vrai c'est avoir un *contact direct* – *thigein*) et énoncer (*phanai*) ce qu'on saisit ; ignorer, c'est ne pas saisir. En effet, on ne peut pas se tromper au sujet des substances non composées : il n'est pas possible d'être dans le faux à leur égard. Et toutes sont en acte, et non en puissance, et il ne peut donc y avoir erreur; il y a seulement, ou il n'y a pas, connaissance de ces êtres. Et la vérité, c'est connaître ces êtres; il n'y a à leur sujet ni faux, ni vrai, mais ignorance » (*Mét.* 1051b17-25).

Ceci a une grande valeur pratique par exemple dans la perception de l'urgence, ou de l'imminence d'une défaillance vitale. « Tel malade ne me plaît pas ». La vérité de son état consiste en un contact direct et une énonciation (*thigein* et *phanai*), pas dans une assertion prédicative qui prendrait appui sur une collection de signes qui renvoient à autre chose. S'indique ici peut-être une autre façon – la meilleure peut-être ? – d'envisager la question de l'intuition clinique, car il ne s'agit en aucun cas d'un « flair » mystérieux. Elle renvoie à ce que

¹¹² Notons qu'il franchit la limite indiquée par Kant pour la faculté de juger esthétique, laquelle n'apprécie pas les choses selon des concepts. KANT Emmanuel, *CFJ*, Introduction, VIII, AK V 194.

¹¹³ VIRNO Paolo, *Quando il verbo si fa carne, Linguaggio e natura umana*, op.cit., p.91.

¹¹⁴ Ibid., p.95.

nous disions plus haut sur le savoir de l'expérience, exprimé par une sensation (Hippocrate), ou une évidence impondérable (Wittgenstein).

En médecine, nous n'identifions pas un angiokératome, une main de mécanicien, une abolition du deuxième bruit au foyer aortique, une adiadococinésie, sans apprentissage conceptuel et maîtrise d'une technique. Cela nous paraît si trivial que nous laissons dans l'ombre comment l'apprentissage puis la pratique assidue modifient nos perceptions cliniques. Et si le médecin ne voit/n'entend pas l'inquiétude, la peur, l'angoisse, la confiance, la honte, la méfiance, la tristesse, l'apathie..., ce n'est pas parce que sa vision ou son ouïe seraient défectueuses, mais peut-être que lui a manqué la formation adéquate pour développer cette esthésie-là.

B.5 LE JUGEMENT REFLECHISSANT

Nous ne faisons que des expériences empiriques, présupposant une constitution de la nature, telle qu'elle est conçue comme connaissable par la faculté de jugement, qui est ce pouvoir de subsumer le particulier sous l'universel, et qui, en somme, procède par abduction, et non par un entendement abstrait¹¹⁵. C'est ce qui, dit Kant, permet d'explorer la nature en progressant d'après les lois de l'expérience¹¹⁶. Mieux, alors que l'entendement fait « abstraction de toute la diversité des lois empiriques possibles », la faculté de juger est pouvoir de « trouver pour le particulier l'universel », lequel reste toutefois un terme empirique plus général (et non un universel abstrait)¹¹⁷. En clinique, le donné est un divers. Si le médecin doit prendre acte de la contingence, il ne peut y rester bloqué. C'est le jugement réfléchissant qui est opérant ici. La faculté de juger est dite réfléchissante car le donné est examiné par la réflexion, qui est comparaison, mise en rapport des représentations données entre elles et avec d'autres¹¹⁸, mise en rapport avec des concepts fournis par l'entendement¹¹⁹. Elle est aussi pouvoir de porter des jugements appréciatifs. Passer des phénomènes aux concepts empiriques n'est pas un procédé schématique mais technique. Et cette technicité n'est pas mécanique, elle se fait « sur le mode de l'art »¹²⁰. L'accord entre l'appréhension du divers et la présentation d'un concept de l'entendement est un jugement esthétique de réflexion. Si on peut parler de *connaissance* des objets, c'est parce que la faculté de juger réfléchissante rapporte des intuitions à des concepts.

Quand nous rapportons un cas singulier à un diagnostic, nous faisons cette démarche qui relève de la faculté de juger réfléchissante. On pourrait proposer alors ceci : une première étape, proprement esthétique, se rapporte aux perceptions et aux affects du médecin, et se prolonge par l'éveil du jeu libre de deux facultés, l'imagination et l'entendement, deux pouvoirs de connaître qui sont mis en relation par le jugement réfléchissant.

¹¹⁵ KANT Emmanuel, *CFJ*, Première introduction, II, AK XX 201.

¹¹⁶ *Ibid.*, AK XX 204.

¹¹⁷ *Ibid.*, AK XX 209-210.

¹¹⁸ A mettre en parallèle avec Claude Bernard : « La méthode expérimentale ne fait pas autre chose que porter un jugement sur les faits qui nous entourent, à l'aide d'un criterium qui n'est lui-même qu'un autre fait disposé de façon à contrôler le jugement et à donner l'expérience ». BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, op.cit., p.41.

¹¹⁹ KANT Emmanuel, *CFJ*, Première introduction, V, AK XX 212-213 ;

¹²⁰ *Ibid.*, AK XX 214.

Toutefois, cette présentation manque la pointe. Résumons schématiquement en mode kantien :

– la perception clinique se distingue de la sensorialité simple par l'intervention d'un jugement qui s'apparente au jugement de goût. Le plaisir qui l'indexe

« n'est ni un plaisir de jouissance, ni un plaisir retiré d'une activité conforme à une loi, ni non plus celui de la contemplation qui raisonne d'après des Idées, mais c'est le plaisir de la simple réflexion »¹²¹.

C'est un plaisir qui accompagne l'appréhension d'un objet par l'imagination (comme faculté de l'intuition) en relation avec l'entendement. Même l'expérience la plus commune (i.e. non esthétique) procède ainsi « en vue d'un concept empirique objectif »¹²². Néanmoins nous avons vu plus haut la pertinence du critère de beauté.

– pour pouvoir mettre en relation un particulier empirique (dont l'appréciation passe par l'esthésie) avec des catégories générales, la faculté de juger réfléchissante est requise.

– cette faculté de juger est aussi une mise en relation de l'imagination et de l'entendement.

– or, et voici la pointe : « l'unité subjective de la relation entre les facultés ne peut se faire connaître que par la sensation ». Plus encore :

« ce qui incite les deux pouvoirs (imagination et entendement) à une activité indéterminée, mais cependant harmonieuse, cela à la faveur de l'occasion fournie par la représentation donnée, à savoir l'activité qui se relie à une connaissance en général, c'est la sensation dont le jugement de goût postule la communicabilité universelle »¹²³.

Kant estime que cette mise en rapport d'une représentation isolée avec les conditions de l'universalité conduit

« les pouvoirs de connaître à cet accord proportionné que nous exigeons pour toute connaissance et dont nous considérons qu'il vaut pour quiconque est destiné à juger grâce à l'entendement et aux sens réunis (pour tout homme) »¹²⁴.

Par rapport à l'opération du jugement qui fait passer du particulier au général, il convient d'ajouter que, si cette opération permet de relier par l'entendement ce qui affecte Socrate et Callias, le diagnostic n'est qu'une étape en vue de la thérapie, qui doit faire retour au particulier.

Il nous semble enfin qu'il est possible, sans trop forcer, d'esquisser ici ce que serait une éthique du jugement clinique (en tant que jugement esthétique) qui rejoint d'ailleurs une orientation foucauldienne. Au fond, nos constructions nosologiques sont provisoires, elles reflètent aussi nos préjugés, nos idéologies, qui infiltrent aussi l'apprentissage d'une technique. Nos diagnostics ont tendance à figer les malades, à les épinglez, parfois avec des étiquettes infâmantés ou disqualifiantés (pensons aux diagnostics psychiatriques notamment). Si nous prenons acte que nos diagnostics relèvent en bonne part d'un jugement de type esthétique, et pas uniquement d'un jugement déterminant, alors nous pouvons nous souvenir que ces

¹²¹ KANT Emmanuel, *CFJ*, § 39, AK V 292.

¹²² *Ibidem*.

¹²³ KANT Emmanuel, *CFJ*, § 9, AK V 219.

¹²⁴ *Ibidem*.

diagnostics reflètent l'aveu d'un effet produit chez le médecin. Plus encore, mais il faut laisser ici Kant pour Aristote, Wittgenstein et Virno, ce que nous affirmons par contact direct et énonciation, ces nouvelles perceptions, ces sensations conclusives, relèvent d'un jeu de langage dans lequel nous sommes pris. La perspective éthique de l'esthétique est alors celle-ci : quels jeux de langage apprenons-nous ? Le médecin ne devrait-il pas devenir un peu plus polyglotte ? Il en résulterait peut-être une plus grande capacité d'action, car « L'Esprit humain est apte à percevoir un très grand nombre de choses et d'autant plus apte que son Corps peut être disposé d'un plus grand nombre de manières »¹²⁵. L'esthésie attentive à la parole et le sensualisme de second degré nous conduisent à affirmer que la relation au malade est une partie intégrante de la technique et non un supplément. Dans ce travail, nous avons souvent mentionné les éclairages sur la pratique que permet la psychanalyse. C'est une manière parmi d'autres d'apprendre d'autres perceptions¹²⁶. Le cinéma et la littérature sont peut-être des auxiliaires utiles pour cette formation¹²⁷. Plus prosaïquement, la sémiologie, « écoute ou vision des nuances »¹²⁸, oscille entre forme de la maladie et forme du malade, et force à être subtil.

On le voit, notre abord du corps en médecine est travaillé au cœur par des tensions : il faut avoir une notion de la norme pour pouvoir discriminer les écarts. Les formes *a priori* de la sensibilité clinique comportent les connaissances théoriques ou issues de l'expérience passée, dans lesquelles va s'inscrire l'expérience nouvelle. Les perceptions sont orientées par la théorie, mais elles ne doivent pas l'être trop : captivées par la forme pathologique pressentie et anticipée, elles ne parviennent plus à distinguer ce qui y objecte. La perception d'un plaisir esthétique de l'accord n'est pas une garantie de justesse diagnostique. A l'inverse, dépourvu de tout *a priori* théorique ou conceptuel, on ne perçoit rien du tout. Les pouvoirs de connaître prétendent à un discours légitime sur l'objet, mais le déconstruire se heurte à l'obstination du fait que c'est bien à cause d'un corps jugé malade que la médecine est requise d'intervenir le plus efficacement possible. Et pour ce faire, elle endosse la tâche malaisée de jongler entre le global et les détails, la synthèse et l'analyse. Au paradigme de l'indice doivent s'ajouter un ordonnancement, des regroupements, une hiérarchisation. D'un côté le petit détail qui échappe au profane peut mettre sur la piste de l'œuvre masquée de la maladie, de l'autre il ne faut pas perdre de vue l'ensemble que constitue l'humain malade. Deux perspectives esthétiques mais aussi éthiques : il y a un lien à faire entre l'appréciation esthétique/esthésique d'une situation et les dispositions du praticien qui favorisent son exercice (la *sôphrosunē*, l'attention également flottante – *Gleichschwebende Aufmerksamkeit*). Réciproquement, les situations sont fréquentes où « en obéissant à ses propres inclinations, le praticien falsifie tout ce qui lui est offert »¹²⁹. Et on peut aussi signaler dès à présent que les mêmes dispositions du praticien sont appropriées pour l'appréciation des symptômes physiques et celle des manifestations du transfert.

¹²⁵ SPINOZA Baruch, *Ethique*, op.cit. (désormais E, suivi du passage) : ici E II, prop.XIV.

¹²⁶ Apprendre Freud par cœur n'est pas d'un grand secours. Il faut en faire l'expérience.

¹²⁷ Des expériences concrètes ont lieu dans plusieurs facultés, pour ouvrir les étudiants en médecine aux « humanités ». Cf. par exemple LEFEVE Céline, « Quelle place pour la clinique dans la formation éthique des futurs médecins ? Fondements philosophiques et exemples d'enseignement d'éthique utilisant le cinéma », in : LEFEVE Céline, BARROUX Gilles (dir), *La clinique ; usages et valeurs*, Paris, Seli Arslan, 2013, p.85-111.

¹²⁸ BARTHES Roland, *Le Neutre*, op.cit., p.37

¹²⁹ FREUD Sigmund, « Conseils aux médecins sur le traitement analytique », art.cit.

C. ESTHÉTISER SA PRATIQUE.

Une autre tension encore doit être mentionnée. Elle s'établit entre les deux pôles de l'unité et de la variété. D'un côté il s'agit, dans la complexité d'un cas, dans l'hétéroclite du tableau clinique, de rassembler la diversité des indices (symptômes remémorés, traces physiques, etc.) dans un ensemble cohérent, d'y saisir un ordonnancement, une logique à l'œuvre. De l'autre côté, il s'agit, dans un cas diagnostiqué comme appartenant à une catégorie, d'y saisir la variété, la diversité, la singularité, autrement dit peut-être, c'est une hypothèse, de passer d'un certain régime esthétique (la *gestalt* de la forme morbide, son prototype) à un autre régime esthétique (la modalité unique de son expression), ce qui est une autre façon d'appréhender le retour au particulier. Mais comment faire la part des choses entre les « formes cliniques » individuées qui sont les modes les plus courants d'apparition phénoménale des maladies, et ce qui devrait au contraire faire contester la validité du diagnostic ? Un grand nombre de situations restent en attente d'un diagnostic définitif : formes de passage entre des maladies connues, formes indifférenciées, quand on fait le compte, quels sont encore les malades qui se présentent comme dans les manuels ?

Henriette est admise à l'hôpital via le service des urgences. Elle y a été adressée par son généraliste en raison d'une vive douleur de la cuisse gauche, gênant la marche. Une phlébite était suspectée, et a été écartée. A la biologie, on constate un important syndrome inflammatoire. Avant même d'aller examiner cette sexagénaire dans sa chambre, nous évoquons les diagnostics possibles à partir de l'observation recueillie aux urgences. Pathologie neurologique, musculaire, articulaire (genou, hanche?), infection, etc. Dans la chambre, nous (un étudiant, l'interne et moi-même) reprenons l'interrogatoire, orienté par nos proto-hypothèses, et procédons à l'examen détaillé de la région incriminée. Chaque piste diagnostique envisagée se heurte à des éléments négatifs. Ce n'est pas forcément dirimant, car nous connaissons tous la possibilité d'un écart entre les symptômes et signes individuels et leur description théorique générale. Mais ici la recommandation freudienne d'attention égale permet de modérer notre zèle diagnostique et de prêter l'oreille à un élément *a priori* sans rapport avec la cuisse gauche. Henriette signale, en réponse à une question ouverte (a-t-elle remarqué d'autres changements physiques?), une gêne douloureuse au passage du peigne dans ses cheveux. Cette hyperesthésie du cuir chevelu détermine de manière décisive une nouvelle hypothèse, celle d'une artérite inflammatoire (maladie de Horton) au regard de laquelle le symptôme douloureux de cuisse est compréhensible, quoique inhabituel par son unilatéralité. Toujours est-il que cette hypothèse, qui sera confirmée par la suite, entraîne séance tenante la prescription du traitement adéquat.

Il y a des diagnostics faciles, des formes aisément reconnaissables. Si pour Hutcheson, « le sens interne est une faculté passive de recevoir des idées de beauté de tous les objets dans lesquels il y a de l'uniformité dans la variété »¹³⁰, se focaliser sur l'uniformité conduit plutôt à l'ennui, à la monotonie. Il n'y a plus d'émotion esthétique. On pourrait dire alternativement que la monotonie de la routine est l'exténuation du jugement de goût.

Comment *esthétiser sa pratique* ? J'entends là le fait de la situer toute entière à la jonction de l'exercice des sens, de l'imagination et de l'intellect, dans le libre jeu des facultés de l'esprit.

¹³⁰ HUTCHESON Francis, *Recherche sur l'origine de nos idées de beauté et de vertu* (1725), trad. A.-D. Balmès, I et VI, Paris, Vrin, 1991, p.104.

Ceci nous invite à considérer deux régimes esthétiques. Le premier prend appui sur le jugement de goût et le jugement réfléchissant. Il s'agit, en ayant comme points de repères les formes pathologiques et la forme normale, de se repérer dans l'hétéroclite, d'y trouver la logique à l'œuvre, la réalisation du concept. Dans ce régime-là, esthétiser sa pratique c'est développer son esthésie en extension et en intensité.

Mais il y a dans le quotidien, une répétition, et le jugement de goût aboutit alors au constat du même qui se répète jusqu'à l'ennui. Encore une décompensation cardiaque, encore un AVC (accident vasculaire cérébral), encore une fatigue chronique, encore un Lyme, encore un Gougerot, etc. Il faut proposer, pour la clinique du quotidien, un second régime esthétique : dans le cas supposé connu, diagnostiqué comme le énième exemplaire de sa catégorie, il s'agit d'y saisir la variété, la diversité, la singularité : on ne cherche plus le prototype dans l'hétérogène, mais la variété, la modalité unique d'une expression, d'une individuation. Car le malade particulier renvoie aussi bien au général de sa catégorie diagnostique qu'à la singularité de son individuation. Comment ce malade, unique en son genre, réalise le concept à sa façon ? Quel est son style inimitable ? Esthétiser sa pratique, c'est alors chercher les différences, c'est mettre en œuvre une pratique fine de la différence, un abord délicat, autrement dit, y introduire une « scintillation de délicatesse »¹³¹.

Dans les deux régimes, il s'agit d'aiguiser une sensibilité et de faire cas du malade. C'est la même méthode esthétique que l'on emploie, et il est clair à présent en quoi l'esthétique peut être dite théorie de l'expérience, qui nous sert à nous orienter. La crise de la pratique clinique ce n'est pas seulement la menace qui pèse sur elle, c'est aussi l'état critique du malade qui rend nécessaire cette connaissance sensible de la clinique qui permet de s'orienter dans l'incertitude.

Il faut tenir cette position inconfortable, qui consiste à la fois en une réceptivité à l'objet (autrui malade) qui tente de se défaire des pré-jugés (y compris ceux incorporés de la routine) et une activité qui va au-devant d'autrui (lui-même sollicitant cette activité par la demande de soins) armé de concepts empiriques. Et c'est bien parce que nous ne sommes pas assurés d'une vérité immuable qu'il faut juger. Ici encore, la réflexion esthétique nous aide à penser cette nécessité du jugement. Comme le dit Citot,

« Le jugement est précisément ce que requiert la pensée vivante, qui ne se contente pas de déduire logiquement, d'appliquer une méthode préétablie, ou d'expliciter des maximes. En matière d'esthétique, ne pouvant déduire ni raisonner, il faut juger »¹³².

Que signifie *bien* juger, si le jugement est contextuel ? Il ne saurait être question des normes privées du médecin, même si elles biaisent probablement le jugement clinique, mais de normes partageables qui aspirent à l'universalité. Que le jugement soit relatif n'empêche pas qu'il vise l'universel. A rebours du nihilisme (si tout se vaut, rien ne vaut), on se heurte toutefois à un obstacle : s'il n'y a pas de norme transcendante universelle du normal ou du sain, que faire, sinon s'en remettre à ce qui nous est commun (le plus souvent, le malade s'en remet non pas aux valeurs individuelles du médecin mais à ce qu'il suppose partager avec lui comme idée de la santé et de la guérison) ? Nous l'avons déjà dit à propos de l'individualisation des soins, ce

¹³¹ Cf. BARTHES Roland, *Le Neutre*, op.cit. Voir aussi le chapitre sur le Therapôn.

¹³² CITOT Vincent, « Illusions et exigences du jugement esthétique », art.cit.

commun est individué, et c'est au médecin de permettre au malade d'explicitier sa propre normativité.

Ce que nous avons vu jusqu'à présent concerne la performance diagnostique et relationnelle, et met en jeu les esthésies. Mais esthétiser sa pratique a d'autres dimensions. Plaçons-nous dans l'hypothèse du médecin artisan qui vise la beauté, et supposons son action comme une performance artistique. Le destinataire de l'œuvre est alors avant tout le malade lui-même. On pense peut-être spontanément à la performance technique du chirurgien, et plus largement au beau geste, à la belle ouvrage que représente le bon travail. Cela s'étend de la justesse d'un dire, de la beauté de l'hospitalité, à l'art de mettre en œuvre la vérité. Et puis ne faut-il pas aussi évoquer une esthétique de soi, dans le sens foucauldien du souci de soi pour faire de son existence (professionnelle) une œuvre d'art ? Enfin, on ne peut parler d'esthétique de la pratique sans étudier la créativité. Nous l'avons déjà évoquée à propos de l'individualisation des soins, mais aussi dans la démarche expérimentale ou dans le raisonnement abductif. Nous lui donnerons la place qui lui revient dans l'ensemble de la *tekhne*.

C.1 VISER LA BEAUTE

Radman rapporte que le conseil le plus important du chef d'orchestre Leon Fleischer de Baltimore à ses élèves pour atteindre l'excellence dans leur jeu pourrait se résumer à la simple formule : « Visez la beauté ! »¹³³

Evoquant l'activité poétique et pratique des soignants, le *Manuel* suggère que « l'art du soin est souvent laborieux, besogneux, plus proche sans doute de l'artisanat, lequel nécessite pourtant de la créativité »¹³⁴. C'est un bricolage, décrit comme un « faire avec les moyens des bords », c'est-à-dire avec ce qui se tient aux lisières, dans les marges, mais aussi avec ce qui fait proximité, voisinage avec le patient, et encore, l'être-là dans des situations limites¹³⁵. Et s'il y a une « poétique de la relation », c'est ce que nous fabriquons, produisons, tissons (gestes, paroles, actes de soins)¹³⁶, toutes les activités poétiques.

1.1. Beauté ou utilité ?

On peut faire tout dans les règles prescrites et avoir cependant l'impression d'un gâchis, comme s'il avait manqué à l'acteur la prise en compte de la dimension esthétique de ses gestes. Mais en médecine, le critère d'appréciation ne doit-il pas être plutôt du côté de l'utile ?

Marcel Mauss, qui range la médecine parmi les techniques, les distingue des arts sur le critère de l'utilité : l'esthétique revient aux arts, car quelque chose y déborde de l'utilité.

¹³³ RADMAN Zdravko, DELBAERE-GARANT Jeanne (trad.), « Corps, cerveau et beauté la place de l'esthétique dans le domaine de l'esprit », art.cit.

¹³⁴ GUERIN Anne, CACHARD Claudie (dir), *Manuel poétique et pratique à l'usage des soignants et autres curieux*, Paris, Presses Universitaires de France, « Questions de soin », 2013, p.67.

¹³⁵ Ibid., p.75 et 78.

¹³⁶ Ibid., p.145.

« La distinction entre les techniques et les arts, surtout lorsqu'il s'agit d'arts créateurs, n'est donc qu'une distinction de psychologie collective : dans un cas, l'objet a été fabriqué et est pensé par rapport à son but physique; dans l'autre cas, il a été fabriqué et est pensé par rapport à la recherche de la sensation esthétique. L'étranger connaîtra la distinction en interrogeant d'abord l'acteur ou l'auteur. Il y a de la technique dans l'art et il y a une architecture technique; mais l'objet esthétique se reconnaît à la présence d'une notion plus compliquée que la seule notion d'utilité. (...) »

La notion d'utilité caractérise la notion de technique; la notion (relative) d'absence d'utilité caractérise la notion d'esthétique : le fait esthétique est toujours représenté dans la pensée des gens sous une forme de jeu, de surajouté, de luxe »¹³⁷.

Toutefois, Mauss précise que

« L'un des meilleurs critères pour distinguer la part d'esthétique dans un objet, dans un acte, est la distinction aristotélicienne, la notion de *theoria* : l'objet esthétique est un objet qu'on peut contempler, il y a dans le fait esthétique un élément de contemplation, de satisfaction en dehors du besoin immédiat, une joie sensuelle mais désintéressée. On trouve dans toutes ces sociétés une faculté de désintéressement, de sensibilité pure, et même de sens de la nature »¹³⁸.

En première analyse les actes médicaux se rapportent principalement au nécessaire et à l'utile. Si néanmoins pour Aristote, « on ne recherche le nécessaire et l'utile qu'en vue du beau »¹³⁹, peut-on imaginer ce que serait la beauté visée par la médecine : la santé, comme beauté du corps ? La meilleure santé possible n'est-elle pas une visée qui dépasse l'utilité de la réponse aux besoins vitaux ?

Si on hésite à situer le médecin du côté de l'artiste¹⁴⁰ et qu'on lui préfère l'artisan, remarquons toutefois que la langue grecque ne fait pas de différence entre artisan et artiste : la *tekhnē* est maîtrise d'un savoir-faire dans les deux cas. Dira-t-on du médecin qu'il se règle ou non entièrement sur l'utile – car il le fait nécessairement, au moins pour une part ? Et si une part de son travail échappe au régime de l'utile, est-ce que cela concerne tout médecin ? Ou bien cela distingue-t-il, au sein des médecins, le bon médecin, qui serait alors artiste en plus d'être artisan, ou artisan confinant à l'artiste ? L'artiste n'est peut-être pas le meilleur technicien (de même que « le virtuose ne nous émeut pas toujours autant que l'interprète inspiré »¹⁴¹) : en médecine, que serait alors un art/artiste qui ne serait plus défini par la maîtrise d'un savoir-faire ? Qu'est-ce qui le préserverait alors des usurpations ?

Un détour Kantien nous offrirait-il quelque lumière ? Il semble à première vue que non. Dans la *Critique de la faculté de juger*, le §43 oppose successivement l'art à la nature, à la science et à l'artisanat. Dans l'opposition entre art libéral et artisanat mercantile, Kant qualifie l'artisanat comme une activité désagréable et pénible qui n'est attirante que par son effet (le salaire). On ne peut situer la médecine de ce côté-là. Mais du côté de l'art ? On le regarde

¹³⁷ MAUSS Marcel, *Manuel d'ethnographie* (1926), édition électronique Jean-Marie TREMBLAY, Chicoutimy, Les classiques des sciences sociales, p.75.

¹³⁸ Ibid., p.76.

¹³⁹ ARISTOTE, *Politique*, 1333a, *Œuvres complètes*, Pierre PELLEGRIN (dir), Paris, Flammarion, 2014.

¹⁴⁰ On a d'autant plus d'hésitation sur ce terrain qu'on prend connaissance des témoignages parfois acerbes de patients : « Si la médecine est un art, on peut affirmer que c'est de l'art brut, brossé à grands traits, avec empâtements de maladroites, surcharges d'expressionnisme brutal ». SEY Marie, *Le malaise d'Hippocrate...*, op.cit., p.40.

¹⁴¹ DUPIN Frédéric, « Editorial », *Le Philosophoire* 2012/2 ; 38 :5-9.

« comme s'il ne pouvait répondre à une finalité (réussir) qu'en tant que jeu, c'est-à-dire comme une activité qui soit en elle-même agréable », même s'il requiert une certaine dimension de contrainte¹⁴². Cela ne semble pas convenir non plus. Certes la médecine suppose une libéralité non mercantile, certes le plaisir qualifie la réussite de l'activité – il en fournit un critère – mais n'est pas sa condition. La médecine ne nécessite pas la finalité ludique pour réussir. Et pourtant ! Au paragraphe suivant, Kant distingue les arts mécaniques (qui se bornent à accomplir les actions nécessaires à réaliser un objet connu), les arts d'agrément (dont la fin est la jouissance) et les beaux-arts. Et au § 46, il évoque le génie qui sous-tend les beaux-arts.

Le génie est un don naturel, une disposition innée de l'esprit (*ingenium*), qui donne à l'art ses règles (sans règle qui le précède, un produit ne peut être un produit de l'art)¹⁴³. C'est le génie qui peut produire en l'absence de règles, quand le savoir ne suffit pas à faire ce qui doit être fait d'après une règle extérieure. Il n'est pas une disposition qui rend apte à ce qu'on pourrait apprendre selon des règles quelconques, mais une capacité d'originalité qui se rapproche de ce que nous décrivons avec la créativité. Attention, le génie ne doit rien au hasard, et si créativité il y a, elle s'appuie « sur un talent façonné par l'école »¹⁴⁴. Seuls quelques esprits superficiels « imaginent qu'on parade mieux sur un cheval sauvage que sur un cheval de manège »¹⁴⁵. Le degré supérieur de maîtrise du savoir-faire, ou la maîtrise du savoir-faire au second degré est précisément mise en œuvre de quelque chose qui ne peut être entièrement maîtrisé, parce qu'il est invention *hic et nunc*, c'est de l'ordre de l'improvisation, du franchissement inédit du hiatus entre la règle technique et son application. N'est-ce pas ce que nous déjà rencontré à propos du *phronimos* chez Aristote ? Et dans le *Politique* de Platon, le pilote de navire se donne lui-même comme loi dans la situation périlleuse. La maîtrise du savoir-faire ne suffit pas. Est-ce là que l'artisan se transforme en artiste ? Mais le bon artisan (exemple du menuisier) n'est-il pas aussi en permanence dans l'ajustement des gestes à la matière, et donc, à sa façon, proprement génial ? La distinction s'estompe, entre artiste et artisan¹⁴⁶. Elle s'estompe également entre arts mécaniques (relevant de l'application et de l'apprentissage) et beaux-arts, car Kant précise que dans tous les beaux-arts, « quelque chose de mécanique (...) en constitue la dimension essentielle »¹⁴⁷.

Autre critère du génie, il est « incapable de décrire lui-même ou d'indiquer scientifiquement comment il donne naissance à son produit » :

« L'auteur d'un produit qu'il doit à son génie ne sait pas lui-même comment se trouvent en lui les Idées qui l'y conduisent, et il n'est pas en son pouvoir de concevoir à son gré ou à travers de préceptes les mettant en mesure de donner naissance à des produits comparables. C'est pourquoi génie vient de *genius*, l'esprit donné en propre à un homme à sa naissance, chargé de le protéger et de le diriger, et qui fournit l'inspiration dont émanent ces idées originales »¹⁴⁸.

¹⁴² KANT Emmanuel, *CFJ*, §43, AK V 304.

¹⁴³ KANT Emmanuel, *CFJ*, § 46, AK V 307.

¹⁴⁴ KANT Emmanuel, *CFJ*, § 47, AK V 310.

¹⁴⁵ *Ibidem*.

¹⁴⁶ Quand le métier se met au service de la création, « la logique de l'artisan devient alors incompatible avec la logique de la production marchande : l'investissement dans le travail lui-même a atteint son maximum ». ZARCA Bernard, *Les artisans. Gens de métier, gens de parole*, Paris, L'Harmattan, « Logiques sociales », 1987, p.185.

¹⁴⁷ KANT Emmanuel, *CFJ*, §47, AK V 310.

¹⁴⁸ KANT Emmanuel, *CFJ*, §46, AK V 309.

Retenons donc que si l'utile (pour le malade, c'est-à-dire ce qui vise le bien du corps) est une condition nécessaire, le beau peut éventuellement s'y ajouter (comme un luxe), mais surtout s'y incorpore, dès lors qu'y intervient l'ajustement permanent des gestes à leur destinataire (comme pour l'artisan), ou que la maîtrise du savoir-faire ne suffit pas dans une situation inédite (comme pour le génie). Mais qu'est-ce qui est beau ?

1.2. Beauté du discours

Le questionnement sur l'art de bien dire (comment trouver le mot juste ?) a d'emblée une visée esthétique. Ne s'agit-il pas davantage d'une affaire de sensation que de raison, d'une esthétique de la parole plutôt que d'une exactitude de l'information ? Viser la beauté, c'est trouver, en d'autres termes, ce « quelque chose » de profond et d'authentique qu'on ne peut cependant pas transcrire entièrement en propositions.

L'interprète musical joue une partition, de manière unique et singulière. Le médecin interprète (comme un musicien) une partition qui peut être formalisée (protocole d'annonce de la maladie, informations sur telle maladie inscrites dans des routines), mais l'interprétation à destination d'un public chaque fois renouvelé (tel malade) nécessite un acte de création (cf. créativité plus loin). Et c'est le public (le malade) qui va donner valeur à ce qui est dit, par son approbation, par l'effet produit, etc. On pourrait dire alors d'une interprétation qu'elle est bonne si elle a pour conséquences une augmentation de la puissance d'agir du malade (et symétriquement, une mauvaise interprétation – toujours au sens musical – est une interprétation qui fige le malade, le sidère, l'attriste au-delà de ce que le contenu de l'information est supposé produire comme effet).

En contrepoint se situe la flatterie, la séduction rhétorique qui gauchit l'information du malade. Même au service d'intentions et de fins louables, la beauté du discours est moralement condamnable si elle aliène la liberté d'autrui. Kant par exemple n'accordait aucun mérite à l'éloquence :

« L'éloquence (si on entend par là l'art de persuader, = art d'abuser par la beauté de l'apparence et pas simplement l'art de bien parler) est une dialectique qui n'emprunte à la poésie que ce qui est nécessaire pour gagner les esprits et s'emparer de leur liberté.

Même si elle est appliquée à des desseins en eux-mêmes légitimes et louables, elle devient toutefois condamnable dès lors que par-là les maximes et les convictions sont subjectivement corrompues, quand bien même l'acte est objectivement conforme à la loi – étant donné qu'il ne suffit pas de faire ce qui est juste, mais qu'il faut aussi le faire pour cette seule raison que c'est juste.

La bonne et claire élocution a déjà en soi une influence suffisante, il n'est pas nécessaire d'y ajouter les machines de la persuasion, lesquelles peuvent être utilisées aussi bien pour embellir que pour voiler le vice et l'erreur.

La capacité de bien parler et la belle élocution (qui ensemble forment la rhétorique) appartiennent aux beaux-arts. Mais l'art oratoire (ars oratoria) en tant qu'art de se servir pour ses propres intentions (qu'elles semblent ou même qu'elles soient effectivement aussi louables que l'on voudra) des faiblesses des hommes, n'est digne d'aucun respect »¹⁴⁹.

¹⁴⁹ KANT Emmanuel, *CFJ*, § 53, AK V 327.

Si une des fonctions de l'esthétique est « de rendre intelligibles et supportables en les idéalisant des éléments de la réalité¹⁵⁰ », alors il est permis de subodorer une mise en beauté du *logos* qui soit fallacieuse. Un beau discours peut être plus efficace qu'un exposé qui ne mobilise que l'exercice de la raison. Comme le dit joliment Frédéric Dupin, « entre la beauté et la vérité, il n'est pas interdit de relever une guerre secrète »¹⁵¹. Aristote dans sa *Rhétorique* avertit de la puissance de la parole et rappelle qu'« il ne faut pas induire au mal »¹⁵². Notons avec Grimaldi qu'Aristote pose l'utilité de la rhétorique dans la connexion entre l'art du discours et la vérité¹⁵³ :

« La rhétorique est utile, parce que le vrai et le juste, en vertu de leur être même, ont plus de force que leurs contraires, et que leur défaite leur incombe donc nécessairement [leur = les orateurs qui ont mal usé de la rhétorique] si les jugements ne sont pas rendus dans le sens qu'il faut » (...) « Le vrai et le meilleur se prêtent toujours le mieux à la persuasion »¹⁵⁴.

Par contre, dans *l'Apologie de Socrate*, Socrate oppose la vérité à la beauté des discours sophistiques, qui cultivent l'art de la duperie. Beauté *pharmakon* : d'un côté beauté envoutante, de l'autre discours sans fioriture¹⁵⁵. La beauté est invalidée car elle dépose sur les mots un voile (*lethos*) dissimulant leur faiblesse, et par contraste le discours de vérité (*a-letheia*) a pour fonction de dévoiler¹⁵⁶. Dans le *Gorgias*, les prescriptions médicales sont ordonnées au bien du corps, à sa vérité, contrairement à celles du cuisinier qui flatte les papilles de douces potions et les oreilles par des discours visant l'agrément¹⁵⁷. L'épistémologie platonicienne oppose les *tekhne*s véritables de l'empirie et de la routine : elle se démarque de l'épistémologie médicale de l'époque (hippocratique) qui s'appuie à la fois sur la *tekhne* et sur l'*empeiria*, et ne dédaigne pas le recours à des expédients pour faire avaler des potions amères. La rigueur exprimée dans le *Gorgias* semble atténuée dans les *Lois* : le médecin libre a recours à la rhétorique (Cf. chapitre III) et

« ne prescrit aucun remède sans avoir auparavant déterminé le malade par de bonnes raisons à le prendre ; il ne cesse de s'occuper du malade en adoucissant ses peines par le moyen de la persuasion »¹⁵⁸.

On notera cependant qu'il s'agit de « bonnes raisons » de persuader, et que le seul plaisir d'agrément n'en fait pas partie.

L'esthétique du bien dire en médecine n'apprécie donc pas uniquement la performance intrinsèque de l'acte de parole : elle suppose une éthique de l'intention qui cherche le bien du patient et non à lui plaire ; elle suppose aussi, à cause de la puissance de la parole, l'examen des aspects illocutoires et des effets perlocutoires sur le patient¹⁵⁹. Quant à la tension antinomique

¹⁵⁰ ROUX Marie-Lise, « La beauté de l'interprétation », art.cit.

¹⁵¹ DUPIN Frédéric, « Editorial », art.cit.

¹⁵² ARISTOTE, *Rhétorique*, 1355b : « celui qui use injustement d'un tel pouvoir de la parole pourrait causer d'immenses préjudices ».

¹⁵³ GRIMALDI William MA, « Rhetoric and truth: a note on Aristotle. Rhetoric 1355a 21-24 », art.cit.

¹⁵⁴ ARISTOTE, *Rhétorique*, 1355a

¹⁵⁵ OBADIA Claude, « Les beautés de Platon », *Le Philosophoïre* 2013/1 ; 39 : 231-9.

¹⁵⁶ Ibidem.

¹⁵⁷ PLATON, *Gorgias*, 465d.

¹⁵⁸ PLATON, *Lois*, 720c-e, (traduction modifiée).

¹⁵⁹ AUSTIN John Langshaw, *Quand dire, c'est faire*, Paris, Gallimard, 1970. Les aspects illocutoires des actes de parole relèvent (en médecine) surtout du registre de la commande : le médecin prescrit, ordonne, suggère avec insistance,

entre beauté voilante et vérité dévoilante, elle suppose l'exercice conjoint de la *parrēsia* et de la délicatesse.

1.3. Beauté du geste.

Quoiqu'il en soit, tout artisan est concerné par l'esthétique du beau travail¹⁶⁰. La comparaison de la pratique médicale avec le travail de l'artisan est aisée, pour l'appréciation esthétique des gestes. Parlant des luthiers, Buob a des expressions suggestives : « les membres de cette profession ont porté une attention singulière aux gestes de fabrication et élaboré une véritable grammaire de la chorégraphie opératoire »¹⁶¹. Dans l'efficacité technique, « l'amplitude, l'assurance, le confort postural et surtout l'*adresse* sont particulièrement valorisés »¹⁶². Un bon violon « n'est pas seulement doté de qualités sonores, il doit avoir été fabriqué avec habileté »¹⁶³, ce qui est tout autre chose que de connaître la musique.

Comme l'artisan luthier, le médecin (on pense en particulier au chirurgien) doit acquérir un « tour de main », lequel se spécifie d'être économe (pas de gestes inutiles). Les transformations du métier par le développement de la technique (œlioscopie, robotique) n'empêchent pas que « la chirurgie reste un métier de la main »¹⁶⁴.

La maîtrise technique ne signifie en rien la reproduction fidèle d'un même geste, mais au contraire d'être sensible en permanence aux « effets de ses gestes sur la matière ». La maîtrise technique est sensible au caractère inédit de ce qui advient. Contrairement à ce qu'on pourrait penser, l'artisan confirmé et passionné « laisse constamment une place à l'indétermination », car il sait qu'il est impossible de tout prévoir. L'art de la maîtrise est de savoir laisser faire la pratique elle-même, d'abandonner le contrôle total conscient et volontaire de ses gestes. Pour Kant, quand il s'agit de production des beaux-arts, « on ne doit pas y sentir l'effort scolaire et la présence de la règle »¹⁶⁵. En médecine, nous ne sommes pas dans la fabrication d'instruments de musique, ni dans la production artistique. Mais l'esthétique est plus vaste, puisqu'elle s'étend à la beauté fonctionnelle des outils. Ainsi André Leroi-Gourhan signale que tel outil (biface, racloir, couteau...), « très adapté à son usage particulier, laisse transparaitre à un égal degré la qualité esthétique de la rencontre de la fonction et de la forme » et relève d'une « esthétique fonctionnelle »¹⁶⁶. L'adéquation de la forme d'un outil à sa fonction est la raison de sa valeur esthétique.

incite ardemment, etc. Mais plus importants encore sont les effets perlocutoires produits, c'est-à-dire les modifications émotionnelles et comportementales du patient. Par exemple, le médecin avait l'intention de rassurer, il ordonne du repos, mais le malade s'en trouve plus alarmé encore.

¹⁶⁰ L'ouvrier également, comme Massipe en rend compte à travers l'œuvre de Simone Weil. MASSIPE Alexandre, « La beauté du travail ouvrier chez Simone Weil », *Le Philosophique* 2010/2 ;34 : 80-92.

¹⁶¹ BUOB Baptiste, « De l'adresse. Remarques sur l'esthétique des gestes du luthier », *Gradhiva* [En ligne], 2013 ;17 URL : <http://gradhiva.revues.org/2610> (nous soulignons).

¹⁶² Ibidem.

¹⁶³ Ibidem.

¹⁶⁴ KLIPFEL Amandine, « Chapitre 7. La technicisation de la chirurgie représente-t-elle un danger ? Entre regret et perspectives d'avenir », *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences* 2017 ;28(2) :131-43.

¹⁶⁵ KANT Emmanuel, *CFJ*, § 45, AK V 307.

¹⁶⁶ LEROI-GOURHAN André, *Le geste et la parole, II. La mémoire et les rythmes*, Paris, Albin Michel, 1965, p.120 sq.

La beauté du geste du chirurgien a au moins deux sources : l'économie des mouvements, leur fluidité, leur harmonie ; mais aussi la petite variation qu'il construit, façonne, par rapport à la norme consacrée, au canon, aux règles de l'art, et qui est adaptation à l'objet (et la meilleure façon de suivre la règle de l'art justement). Comme le dit Polanyi,

« Les règles de l'art peuvent être utiles, mais elles ne déterminent pas la pratique d'un art. Elles sont des maximes, qui peuvent servir de guide à la condition d'être intégrées dans la connaissance pratique de cet art, mais ne peuvent remplacer cette connaissance »¹⁶⁷.

Plus largement encore, il est possible que des « lois de la pertinence esthétique (qui) guident implicitement la plupart de nos actes »¹⁶⁸. Le beau se conjoint alors à la fluidité permise par l'esthésie. L'apport de l'esthétique est de concevoir les interactions du corps avec le monde qui ne soient ni propositionnelles, ni logiques, de rendre compte de la capacité des humains à créer par l'imagination ce qui relève simplement du domaine du possible¹⁶⁹. Car ces interactions ont bien lieu, le corps est enchâssé de manière interactive dans un environnement non seulement physique mais aussi symbolique, culturel, social, historique¹⁷⁰.

Le savoir-faire ajusté au cas est alors un savoir-y-faire, que Resweber¹⁷¹ et de Certeau¹⁷² ont nommé tact, une sorte d'« esthétisation du savoir », entre pratique et théorie. Attention, il ne s'agit donc là encore pas de flair, ou d'un arbitraire quelconque, mais bien de la capacité d'articuler le contingent du cas avec le savoir.

C.2 CREATIVITE MEDICALE.

Selon Dewey, « afin de *comprendre* l'esthétique dans ses formes accomplies et reconnues, on doit recommencer à la chercher dans la matière brute de l'expérience »¹⁷³ ; c'est dans la pratique humaine que l'on cherchera les prémices d'une créativité spécifique à la médecine, et c'est dans l'art de l'artisan que l'on cherchera la microcréativité qui se déploie pleinement chez l'artiste¹⁷⁴.

2.1. Créativité générique

Winnicott invite à envisager la créativité comme « la coloration de toute une attitude face à la réalité extérieure »¹⁷⁵. Chez l'enfant, la tension entre réalité interne et réalité extérieure suscite la mise en place d'une aire d'expérience où se développe sa capacité primaire de créer, d'imaginer, d'inventer, de produire un objet. Cette aire « subsistera tout au long de la vie, dans

¹⁶⁷ POLANYI Michael, *Personal knowledge : towards a post-critical philosophy*, op.cit.,p.52.

¹⁶⁸ RADMAN Zdravko, DELBAERE-GARANT Jeanne (trad.), « Corps, cerveau et beauté la place de l'esthétique dans le domaine de l'esprit », art.cit.

¹⁶⁹ Ibidem.

¹⁷⁰ Ibidem ; THELEN E, SCHONER G, SCHEIER C, SMITH LB, « The dynamics of embodiment: a field theory of infant perservative reaching », *Behavioral and Brain Sciences* 2001;24 : 1-86 .

¹⁷¹ RESWEBER Jean-Paul, « Le soin, affaire de *tekhne* et de tact », art.cit.

¹⁷² DE CERTEAU Michel, *L'invention du quotidien, tome 1, les arts de faire*, op.cit.

¹⁷³ DEWEY John, *L'art comme expérience*, Paris, Gallimard, « Folio essais », 2010, p 31.

¹⁷⁴ Une partie de ce qui suit a déjà été publiée dans WEBER Jean-Christophe, « La créativité dans la pratique médicale », op.cit.

¹⁷⁵ WINNICOTT Donald W, *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, « Folio essais », 1975, p.127.

le mode d'expérimentation interne qui caractérise les arts, la religion, la vie imaginaire et le travail scientifique créatif »¹⁷⁶. C'est une créativité primaire, partagée par tous. « La créativité, c'est donc conserver tout au long de la vie une chose qui, à proprement parler, fait partie de l'expérience de la première enfance : la capacité de créer le monde »¹⁷⁷. Anthropologues et philosophes ont également souligné qu'une forme de créativité était ancrée dans des dispositions historico-naturelles de l'homme, capable de moduler ses formes de vie, de déroger aux habitudes. Nous nous contenterons de références lapidaires. Pour Arnold Gehlen¹⁷⁸, qui se propose de construire une anthropologie générale à partir de l'action, comprise comme transformation prévoyante et planificatrice de la réalité, l'homme n'est pas dans un rapport d'adaptation ou d'intégration organiques à de quelconques sphères naturelles, mais peut se maintenir dans n'importe laquelle d'entre elles grâce à une transformation planificatrice du donné et par des prestations d'orientation¹⁷⁹.

L'excédent d'impulsions, vœux et intérêts de l'homme rend compte de la nécessité de normes d'action et de la possibilité chronique que ces normes échouent, forçant alors à l'action créative, innovante, inédite. Paolo Virno prolonge cette perspective : s'il n'y a pas de correspondance entre déferlement de stimuli et actions nécessaires pour préserver notre vie, l'animal humain est en proie à une incertitude fondamentale¹⁸⁰. S'il fait preuve d'une « absence d'orientation dans son environnement », il témoigne « dans le même temps de la capacité à y remédier par l'élaboration de comportements non préétablis »¹⁸¹. Par comparaison, la tique qu'étudiait Von Uexküll dispose d'un milieu pauvre : trois signes perceptifs (odeur de l'acide butyrique, contact, chaleur) résument son milieu, mais garantissent une certitude de son activité¹⁸². Bien avant, Pic de la Mirandole écrivait :

« Pour les autres, leur nature définie est tenue en brides par des lois que nous avons prescrites ; toi [le parfait ouvrier parle à Adam], aucune restriction ne te bride, c'est ton propre jugement, auquel je t'ai confié, qui te permettra de définir ta nature »¹⁸³ ?

Selon John Dewey, l'être vivant perd et rétablit de façon récurrente l'équilibre qui existe entre lui et son environnement, et dans ces interactions, ne cesse de retisser « l'union des sens, du besoin, de l'impulsion et de l'action », union dont l'art atteste qu'il est capable de la restaurer consciemment¹⁸⁴. Toute expérience signifie « un commerce actif et alerte avec le monde » et est d'autre part « la forme embryonnaire de l'art »¹⁸⁵.

¹⁷⁶ Ibid., p.49.

¹⁷⁷ WINNICOTT Donald W, « Vivre créativement », in : *Conversations ordinaires*, Paris, Gallimard, « Folio essais », 1988, p.55.

¹⁷⁸ GEHLEN Arnold, *Essais d'anthropologie philosophique*, op.cit.

¹⁷⁹ Sous la même expression d'anthropologie philosophique, Ricoeur retient d'autres traits : « la disproportion intime de l'homme à lui-même », cet être « de milieu, fragile et faillible ». La philosophie entreprend de clarifier ce qui a été dit de l'homme en énigmes pathétiques (le mythe, la rhétorique), sans parvenir à « sauver à la fois la profondeur du *pathos* et la cohérence du *logos* ». RICOEUR Paul, *Anthropologie philosophique ; essais et conférences 3*, Paris, Seuil, « La couleur des idées », 2013, p.21-47.

¹⁸⁰ VIRNO Paolo, *Et ainsi de suite...*, op.cit., p.55.

¹⁸¹ VIRNO Paolo, *Et ainsi de suite...*, op.cit., p.7.

¹⁸² VON UEXKÜLL Jakob, *Milieu animal et milieu humain*, (1956), trad. Charles Martin-Freville, Paris, Payot, « Bibliothèque Rivages », 2010, p.43.

¹⁸³ PIC DE LA MIRANDOLE Jean, *De la dignité de l'homme*, trad. Yves Hersant, Paris, Editions de l'Eclat, 1993, p.27.

¹⁸⁴ DEWEY John, *L'art comme expérience*, op.cit., p 65.

¹⁸⁵ Ibid., p 55.

Si on admet cette créativité générique de bas régime, corrélée à une tension, à une incertitude, à une relative inadaptation, on peut entrevoir ce qui viendra l'annihiler, puisqu'il est tout à fait vraisemblable que la sécurité du conformisme et/ou des cristallisations routinières puisse représenter une « solution » plus économique que l'action innovante qui surmonte la tension, ou que l'emprunt de voies latérales qui décide dans l'incertitude.

2.2. Travail et créativité

Portons maintenant notre regard sur le travail, envisagé comme modalité d'un agir pratique. John Dewey a observé que l'activité pratique est foncièrement accompagnée d'incertitude, ce qui expliquerait d'ailleurs et la quête d'une certitude « absolue et inébranlable » et le privilège accordé à la pure intellection par rapport à la pratique¹⁸⁶. L'agir pratique implique la notion d'un risque à courir, car croyances et jugements sur les actions à entreprendre ne seront jamais associées à une probabilité qui échappe à la précarité. La précarité du jugement pourrait être causée par un défaut de connaissances. Mais dans les affaires pratiques, celui qui va agir est confronté à une situation singulière et contingente, jamais complètement prévisible ni reproductible, et partant, sans garantie *a priori* non seulement du résultat de l'action, mais plus encore, de la direction à prendre. C'est pourquoi, dès lors que le travail suppose autre chose qu'un geste programmé et répétable en toutes circonstances, à savoir des considérations sur la particularité de l'objet (à produire, à transformer, à fabriquer, à examiner) qui vont influencer les gestes finalisés, il y aura véritablement action (motivation, intention) et non pas simplement automation réflexe. Dès lors, l'homme engagé dans une action y est de son être, paye de sa personne, peut être affecté de crainte, de manque de confiance, ou bien valorise son courage et sa sagesse pratique. Même s'il a le temps et l'opportunité d'une délibération soignée sur les fins raisonnables et les moyens d'y parvenir, il ne maîtrise pas toutes les forces en présence et ne peut entièrement prévoir le résultat. C'est pourquoi il est davantage tacticien que stratège¹⁸⁷. C'est pourquoi il fait feu de tout bois : il doit combiner des données hétérogènes, compter avec le temps, mettre en œuvre une intelligence pratique, voire des astuces et des ruses.

Dans le travail professionnel proprement dit, il est devenu courant de distinguer le travail prescrit et la réalité de l'activité¹⁸⁸. Le travail prescrit est ce qui est formellement demandé, organisé et contrôlé. C'est un faisceau prescriptif qui concerne l'ensemble des normes professionnelles formalisées dans des textes réglementaires (prescription normative) ; les objectifs de performance (prescription de résultat) ; les prescriptions de moyens, protocoles, procédures, modes opératoires, pour rendre obligatoires et homogènes les manières de faire, voire de dire ; les injonctions comportementales et de subjectivité : scripts vestimentaires, attitudes au travail, etc. Entre le travail prescrit et l'activité effective existe un écart irréductible. C'est-à-dire que la précision des consignes et des prescriptions, même si elles sont respectées à la lettre, ne parvient pas à rendre possible une production d'activité. Le travail implique des subjectivités, des corps mobilisés. L'écart entre le prescrit et l'effectif se fait connaître sur le mode de la défaillance et de l'échec, si l'agent ne parvient pas à faire ce qui est

¹⁸⁶ DEWEY John, *La quête de certitude - Une étude de la relation entre connaissance et action*, Paris, Gallimard, 2014, p.26.

¹⁸⁷ DE CERTEAU Michel, *L'invention du quotidien, tome 1, les arts de faire*, op.cit., p. XLVI sqq.

¹⁸⁸ DUJARIER Marie-Anne, *L'idéal au travail*, op.cit.

prescrit. Mais plus fondamentalement parce que le prescrit ignore la dimension du « réel du travail », qui se définit par ce qui résiste à toute maîtrise, et plus particulièrement ce qui « résiste aux connaissances, aux savoirs, aux savoir-faire »¹⁸⁹. L'intelligence pratique inventive est alors à l'œuvre, la *mètis* mobilise trucs, astuces, ruses pour surmonter cette résistance¹⁹⁰. Autrement dit, du non-prescrit est nécessaire : ingéniosité, coopération, initiatives, inventivité, créativité.

Et si la créativité ainsi envisagée renvoie alors à la production de l'œuvre d'art, ce rapprochement n'est peut-être pas indu. Décrivant un mécanicien « impliqué dans son travail, cherchant à bien le faire et trouvant de la satisfaction dans son travail, prenant soin de ses matériaux et de ses outils avec une véritable affection », Dewey souligne qu'il « est impliqué dans sa tâche à la manière d'un artiste »¹⁹¹. La réalité du travail se situe à mi-chemin entre la pure et simple accumulation de matériaux, de machines et de schémas productifs, qui renverrait l'acte créatif à « la recombinaison imitative de solutions déjà existantes » et, au pôle opposé, le hasard, la bonne fortune, l'aléa ou le talent inné, qui mettraient l'acte créatif « hors de portée de quelque volonté et de quelque engagement d'effort que ce soit »¹⁹².

Kant place du côté de l'art la technique (en tant qu'elle se distingue de la théorie), les savoirs et pouvoirs pratiques.

Surtout, ne relève pas de l'art « ce qu'on a le *pouvoir* de faire dès lors que simplement l'on *sait* ce qui doit être fait [...]. Seul ce que l'on a pas aussitôt l'habileté de faire du simple fait qu'on le connaît de la manière la plus parfaite relève de l'art »¹⁹³.

Les normes prescrites, les routines incorporées avec l'expérience, restent en tension active avec l'imprévu, l'incertain, l'indéterminé. C'est parce qu'il y a des régularités de la pratique qu'il est possible de les modifier ou de les suspendre¹⁹⁴. Par rapport à la « créativité de bas régime », faculté générique de l'être humain parlant, quelque chose de plus a été spécifié. La (micro)créativité¹⁹⁵ est requise dès lors que l'être humain parlant se trouve confronté à une situation critique. Nous appellerons situations critiques celles où les prescriptions du travail et les routines incorporées prennent « l'apparence d'un habit trop large ou trop serré »¹⁹⁶ : l'habit est trop large quand aucune norme connue ne fournit de guide suffisant pour l'action à entreprendre ; l'habit est trop serré quand les normes sont contradictoires entre elles ou quand l'application stricte d'une norme ou d'un schéma productif habituel conduirait manifestement à manquer le but visé. On peut entrevoir que ce sont des cas particuliers de l'écart (permanent) entre les règles qui prescrivent des actions et les actions empiriques accomplies pourtant « dans les règles »¹⁹⁷. Cet écart permanent relève aussi de la créativité « de bas régime ». Réserveons,

¹⁸⁹ DEJOURS Christophe, *Souffrance en France – La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Gallimard, « Folio Essais », 1998.

¹⁹⁰ DETIENNE Marcel, VERNANT Jean-Pierre, *Les ruses de l'intelligence. La mètis des Grecs*, op.cit.

¹⁹¹ DEWEY John, *L'art comme expérience*, op.cit., p 33.

¹⁹² MENGER Pierre-Michel, *La différence, la concurrence et la disproportion : Leçon inaugurale prononcée le jeudi 9 janvier 2014*, Nouvelle édition [en ligne], Paris, Collège de France, 2014, URL : <http://books.openedition.org/cdf/3611>.

¹⁹³ KANT Emmanuel, *CFJ*, §43, AK V 303.

¹⁹⁴ BUZZONI Marco, « On medicine as a human science », art.cit.

¹⁹⁵ « Micro » indique qu'on ne cherche pas à égaler la créativité de l'artiste.

¹⁹⁶ VIRNO Paolo, *Motto di spirito e azione innovativa*, op.cit., p.9.

¹⁹⁷ Voir à ce propos : WITGENSTEIN Ludwig, *Recherches philosophiques*, op.cit., en particulier § 84 ; VIRNO Paolo, *Et ainsi de suite...*, op.cit. ; VIRNO Paolo, *Motto di spirito e azione innovativa*, op.cit.

pour plus de précision, le terme de (micro)créativité à des situations où cet écart devient critique. Selon Virno, la créativité humaine ne s'installe pas au-dessus des normes ou en-dehors d'elles, mais elle est *subnormative*, elle

« se manifeste uniquement dans les sentiers latéraux et impropres qu'il nous arrive de frayer au moment où nous nous efforçons de respecter une norme déterminée »¹⁹⁸.

Le courant, minoritaire en éthique médicale, qui promeut l'éthique de la vertu, insiste sur sa capacité à générer des solutions créatives pour des dilemmes moraux¹⁹⁹. Voilà ce que serait pour nous la microcréativité sous la dimension de l'éthique²⁰⁰. Aubenque est clair sur ce point :

« La prudence [sa traduction de *phronēsis*] est donc créative : d'abord en ce sens qu'elle doit « inventer » en face d'une situation imprévisible des réactions qui ne sont pas déductibles de prémisses données »²⁰¹.

2.3. La créativité de la *tekhnē*

Dans une pratique *productive* (*poiesis*), la créativité est adjonction de la *praxis* (*activité* qui se résume à son exécution), dont la vertu correspondante est, chez Aristote, précisément la *phronēsis* ou sagesse pratique, cette capacité d'évaluer ce qu'il est opportun de faire dans une circonstance donnée, et tout particulièrement dans des situations concrètes où le cas particulier recèle une part d'indétermination²⁰². L'écart entre la règle (les lois de la nature, en tant qu'elles se rapportent à l'homme malade et aux effets thérapeutiques des molécules) et le cas qui nécessite un décret *ad hoc* est omniprésent en médecine.

Menger associe les professions artistiques et scientifiques (chercheurs) comme des métiers de création et de recherche, des « activités à réussite incertaine ». La médecine est alors potentiellement concernée à double titre. Elle entre bien dans le cadre des activités dont la rémunération n'est pas simplement monétaire, mais qui comporte aussi une « composante non monétaire (les gratifications personnelles, psychiques et sociales attachées à l'exercice d'un travail stimulant, non simplement prescrit, et peu routinier) »²⁰³. La recherche n'est pas seulement l'activité de certains médecins dans des centres universitaires : nous avons situé la clinique comme pratique expérimentale. La part créative est notamment ce qui stimule la capacité abductive de construire des hypothèses diagnostiques à partir d'une situation clinique donnée dans sa complexité, puis ensuite de les vérifier²⁰⁴.

¹⁹⁸ VIRNO Paolo, *Motto di spirito e azione innovativa*, op.cit., p.11.

¹⁹⁹ GARDINER Patti, « A virtue ethics approach to moral dilemmas in medicine », *Journal of Medical Ethics* 2003; 29: 297-302.

²⁰⁰ La position de Paul Ricoeur présente des analogies, mais peut-être ne sont elles que de surface. Une règle (par exemple la règle de justice) peut receler « une fine déchirure interne » (p.292) ; des fins plurielles ne peuvent toujours être visées en même temps (p.302) ; l'exigence de l'universalité et les réalisations contextuelles de l'éthique sont en tension réciproque (p.329). Ricoeur propose alors de faire retour à la sagesse pratique, à la *phronēsis* « critique », au jugement moral en situation (p.337). Il s'agit d'*inventer* des conduites (p.312), mais c'est bien le propre d'une *sagesse* (qui implique par exemple une méditation sur le bonheur et la souffrance quand il s'agit de médecine) plutôt que d'une *sagesse pratique*. Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990.

²⁰¹ AUBENQUE Pierre, *Problèmes aristotéliens...* ; op.cit., p.39.

²⁰² ARISTOTE, *EN 1104a* ; VIRNO Paolo, *Motto di spirito e azione innovativa*, op.cit., p.24. Voir chapitre VIII, E.

²⁰³ MENER Pierre-Michel, *La différence, la concurrence et la disproportion...*, op.cit.

²⁰⁴ KHUSHF George, « The aesthetics of clinical judgment... », art.cit.

La distinction entre science et art de la critique kantienne est donc particulièrement pertinente en médecine. Il lui faut inventer le pouvoir pratique. C'est précisément le lieu de la créativité ordinaire, de la microcréativité, qui est l'invention *hic et nunc* d'un geste, d'une parole, d'un comportement, qui n'étaient pas entièrement prédictibles. Par exemple, on peut connaître les règles de bonne pratique de l'annonce d'une maladie grave sans avoir la moindre habileté concrète dans cette annonce, laquelle habileté relève de l'art de bien dire, de trouver les mots et le ton justes, le moment approprié, à cause de la « puissance indomptée » qu'a l'annonce « de transformer la personne dans tous ses aspects »²⁰⁵. Il arrive aussi fréquemment que plusieurs traitements soient requis, qui entrent en conflit réciproque du point de vue de leurs effets, ou que l'adhésion du malade ne porte que sur une option de second choix. Fait alors preuve de créativité le praticien qui invente, pour la situation, une conduite inédite. Déjà dans le *Corpus Hippocratique* se trouve louée l'imagination, qui fournit la clé du jugement dans les cas les plus difficiles des maladies cachées²⁰⁶.

Le caractère individuel des situations, l'irréductibilité de la subjectivité du malade, l'incertitude du devenir de la situation, font que le praticien doit toujours pouvoir faire face à l'évolution imprévue d'une situation, à sa complexité, à son originalité. Or :

« La loi ne sera jamais capable de saisir ce qu'il y a de meilleur et de plus juste pour tous, de façon à édicter les prescriptions les plus utiles. Car la diversité qu'il y a entre les hommes et les actes, et le fait qu'aucune chose humaine n'est, pour ainsi dire, jamais en repos, ne laissent place, dans aucun art et dans aucune matière, à un absolu qui vaille pour tous les cas et pour tous les temps »²⁰⁷.

Le médecin doit faire usage de la « souplesse de la vraie science par opposition aux codes », pour prescrire ce qui convient à chaque situation singulière²⁰⁸. C'est « l'intrusion du contingent, du non prévu, auquel il faut faire face »²⁰⁹.

Cette souplesse de la « vraie science », mais disons bien à présent de la *tekhnē*, qui n'est pas sans rappeler le *psēphisma* d'Aristote, est un alliage complexe, qui entrelace aussi bien l'expérience, les savoirs certifiés, le jugement réfléchissant pour apprécier la situation, le jugement pratique pour agir, en tenant compte des preuves expérimentales quand elles existent. Le clinicien prudent est le clinicien créatif. Car aucune règle (loi, norme, recommandation) ne fournit d'indications sur la manière dont le cas particulier doit être traité, et un même contenu normatif rend possible des actions parfois fort opposées²¹⁰.

Créatif et *phronimos* est le clinicien qui est capable, non pas d'appliquer une norme qui lui préexiste à un cas tombant sous la règle, mais d'instituer le décret qui *est* l'application *juste* de la règle dans ce cas. Il faut remarquer que l'*orthos logos*²¹¹ n'est pas une simple source

²⁰⁵ SOLHDJU Katrin, *L'épreuve du savoir ; propositions pour une écologie du diagnostic*, op.cit., p.8.

²⁰⁶ HIPPOCRATE DE COS, « Des vents », *Ceuvres complètes, vol. 6*, trad. Emile Littré, Paris, J.-B. Baillière, 1849, p.91.

²⁰⁷ PLATON, *Pol.* 294b.

²⁰⁸ GERBIER Laurent, « La politique et la médecine : une figure platonicienne et sa relecture averroïste », art.cit.

²⁰⁹ PERELMAN Chaïm, *Rhétoriques*, Bruxelles, Editions de l'Université de Bruxelles, 1989, p.112.

²¹⁰ Katrin Solhdju rapporte comment l'annonce d'une maladie de Huntington conforme aux recommandations a eu des effets dévastateurs sur Alice Rivières. SOLHDJU Katrin, *L'épreuve du savoir ; propositions pour une écologie du diagnostic*, op.cit.

²¹¹ Cette justesse (au sens du « ça tombe juste », « tout pile ») est celle du *logos* qui accompagne la disposition pour former la *phronēsis*.

d'inspiration pour l'action créative, il en fait intégralement partie. On aurait également tort de voir dans l'*orthos logos* la raison scientifique, ou la force du droit, ou la conformité au principe moral. Virno pointe que dans l'Éthique à Nicomaque, il y a entre

« la *phronēsis* et l'*orthos logos* un rapport circulaire, puisque les deux notions s'impliquent et se soutiennent mutuellement. Il y a sagesse à condition qu'il y ait énonciation de la norme adéquate ; mais il y a énonciation de la norme adéquate à condition qu'il y ait sagesse »²¹².

C'est d'ailleurs sur ce terrain de l'adéquation, de l'ajustement, que l'intelligence artificielle prétend concurrencer le *phronimos* : « L'intelligence computationnelle maîtrise un art de l'occasion, du *kairos*, pour une mise en adéquation universelle opérée à flux tendus »²¹³.

C.3 FAIRE DE SA VIE (PROFESSIONNELLE) UNE ŒUVRE D'ART ?

« Ce qui m'étonne, c'est le fait que dans notre société l'art est devenu quelque chose qui n'est en rapport qu'avec les objets et non pas avec les individus ou avec la vie.(...) Mais est-ce que la vie de tout individu ne pourrait-elle pas être une œuvre d'art ? »
Foucault²¹⁴.

Proposant ce titre, nous ne suivons pas tout à fait les indications de Foucault : pour lui il ne s'agit pas de considérer le rapport à soi comme une création, mais de lier le rapport à soi à une activité créatrice, c'est-à-dire de donner un style à sa vie « au prix d'un patient et d'un travail quotidien »²¹⁵. En effet, nous ne prenons en considération que la pratique clinique, c'est-à-dire la vie professionnelle, même si nous savons que « nos actions configurent nos modes d'être, qui en retour orientent nos actions » (EN 1103b). Nous verrons dans les chapitres suivants que la demande adressée au médecin vise aussi son être.

Viser la beauté dans le métier, ce n'est pas s'attacher au plaisir d'agrément, c'est pouvoir accéder « à un mode de compréhension du monde qu'on n'est pas encore parvenu à traduire en langage formel »²¹⁶. Proposition aux antipodes de l'usage des algorithmes. Nous avons vu que cela prenait des formes qui épousent le travail du quotidien : affiner et intensifier ses perceptions esthétiques pour différencier les variations, être attentif à ce qui force à penser, développer le sensualisme de second degré et l'attention également flottante pour devenir un « connaisseur », chercher le meilleur ajustement des gestes, risquer la créativité contre le formatage, etc. S'ouvrir à la beauté dans l'exercice professionnel, c'est aussi s'ouvrir à ce qui de l'autre malade échappe à la saisie dans la compréhension de l'ordre médical.

Il est temps à présent de revenir sur ce qui faisait la conclusion de la deuxième partie. Il y était question de la souffrance au travail, de l'insatisfaction des médecins, et du risque de repli

²¹² VIRNO Paolo, *Motto di spirito e azione innovativa*, op.cit., p.27.

²¹³ SADIN Eric, *L'humanité augmentée. L'administration numérique du monde*, Montreuil, Editions l'Echappée, « Pour en finir avec », 2013, p.162.

²¹⁴ FOUCAULT Michel, « A propos de la généalogie de l'éthique : un aperçu du travail en cours » (1983), in : *Dits et écrits II. 1976-1988*, Paris, Gallimard, « Quarto », 2001, texte n° 326, p.1202-30.

²¹⁵ Ibidem.

²¹⁶ RADMAN Zdravko, DELBAERE-GARANT Jeanne (trad.), « Corps, cerveau et beauté la place de l'esthétique dans le domaine de l'esprit », art.cit.

sur l'agrément des relations. Au terme des trois premiers chapitres de cette troisième partie, il est possible de reprendre autrement la question du plaisir de soigner.

3.1. Les plaisirs de soigner

« Qui idéalise, sublime fonctionnellement. Qui sublime, fonctionne idéalement »
Ferenczi²¹⁷

C'est un champ peu exploré dans la formation des étudiants et des médecins. On jugera diversement de cette quasi-absence : le concept pourrait manquer de consistance ou de pertinence ; il pourrait être délicat de s'aventurer dans les zones d'ombre de la personnalité du médecin : le plaisir à soigner serait hautement suspect. Une part du plaisir de soigner peut être rapportée il est vrai, en suivant la métapsychologie freudienne, à des satisfactions substitutives ou sublimées, qui trouvent leur ressort dans des désirs, des fantasmes ou des pulsions que le médecin n'admet pas sans difficultés : cette perspective le prendrait à rebours des idéaux qu'il tente d'investir : altruisme, dévouement, sollicitude. Lucien Israël a rendu naguère familière à des générations de médecins l'ambivalence de leur vocation soignante, mêlée de fantasmes d'omniscience, de toute-puissance ou de licence sexuelle²¹⁸. La difficulté ne s'arrête d'ailleurs pas à leur reconnaissance, mais devient une question pratique quand le soin s'en trouve parasité²¹⁹. Reconnaître une propension à l'acharnement diagnostique, surdéterminée par les avatars de la curiosité sexuelle infantile, prive-t-elle le médecin de cette force libidinale, lui qui reste requis dans son exercice d'enquêter avec persévérance ? Un spécialiste des soins palliatifs qui se découvre en proie à une *Schadenfreude* intime doit-il changer de métier ? Pierre Bourdieu aussi y fait allusion: si les agents tirent parti des possibilités de leur champ pour exprimer et assouvir pulsions et désirs, les champs utilisent ces pulsions, en les contraignant à se soumettre ou se sublimer pour se plier à leurs visées²²⁰. Parce qu'ils ont été déjà abondamment étudiés dans le champ freudien, nous ne nous attarderons pas sur ces motifs secrets de plaisir, dont les malades peuvent souhaiter qu'ils soient suffisamment « contraints » à la sublimation, sauf à récolter les fruits iatrogènes amers de cette ambivalence au cœur même du désir/plaisir de soigner qui mobilise leurs médecins.

Il n'y a de plaisir que corporel, énonçait Milner dans *Le triple du plaisir*²²¹. Nous ne suivrons pas non plus cette voie, trop étroite à saisir la notion que l'on cherche à préciser ici. Pas davantage nous ne retiendrons le sens que prend le mot plaisir dans l'expression « selon mon bon plaisir ». Certes, elle renvoie d'une certaine façon à une vision de l'autonomie réclamée et perdue du médecin : mais la question de la liberté du médecin trouve d'autres appuis que celui de l'ignorance de son patient, nous l'avons vu. Le principe de plaisir freudien, au sens d'un principe d'abaissement des tensions sources de déplaisir, peut venir à l'esprit. De fait, on pourrait filer l'analogie avec les tensions éprouvées par les médecins dans leur pratique. Pour le dictionnaire *Trésor de la Langue Française*, le sens général de plaisir désigne un état

²¹⁷ FREUD Sigmund, FERENCZI Sandor, *Correspondance Tome I, 1908-1914*, op.cit., p.596.

²¹⁸ ISRAËL Lucien, *Le médecin face au malade*, op.cit. ; ISRAËL Lucien, *Le médecin face au désir*, op.cit.

²¹⁹ LEPOUTRE Thomas, « Un sadisme nécessaire chez le soignant ? », art.cit.

²²⁰ BOURDIEU Pierre, *Méditations pascaliennes*, op.cit.

²²¹ MILNER Jean-Claude, *Le triple du plaisir*, op.cit.

affectif agréable, durable, que procure la satisfaction d'un besoin, d'un désir, ou *l'accomplissement d'une activité gratifiante*. C'est cette troisième occurrence qui nous retiendra. Le plaisir lié à l'accomplissement d'une activité gratifiante ne peut être résumé à la seule réduction des quantités d'excitation.

Christophe Dejours a proposé naguère une typologie des causes de souffrance au travail, répartie sur trois axes : le *décalage entre le travail prescrit et le travail réel* (lequel comporte le « réel du travail », soit « ce qui résiste aux connaissances, aux savoirs, aux savoir-faire, et d'une façon générale à la maîtrise ») ; *la contrainte à mal travailler* ; *le travail non reconnu*²²². En nous servant de cette tripartition, on peut décliner dans trois directions le plaisir lié au travail médical : plaisir de la mise en œuvre d'une intelligence pratique dans la confrontation au réel complexe des situations de l'homme malade ; plaisir de travailler en accord avec son sens de la responsabilité et avec l'éthique professionnelle ; plaisir de l'accomplissement de soi à travers le travail. Toutes ces directions renvoient à la *tekhnē* et à la créativité qui lui est inhérente.

3.2. Le plaisir associé à la *tekhnē*

Voyons comment Aristote articulait le plaisir à la *tekhnē*²²³. Le rapport en jeu est plus large, il concerne toute activité :

« La vie (zoe) est une certaine activité et chaque homme est actif dans le domaine qu'il aime (agapan) le plus » (EN 1175a10-13).

Or nos actions configurent nos modes d'être, qui en retour orientent nos actions [EN 1103b]. Celles qui sont conformes à la vertu et qui relèvent de notre choix (*prohairesis*) sont source de plaisir (EN 1104b). Par vertu on entend ici l'état dans lequel nos sentiments, nos désirs et nos actes intègrent la compréhension de la règle propre au cas, état qui permet des bons choix et des actions appropriées.

Non seulement le plaisir qui se joint à l'action est un principe de jugement de sa qualité, mais il est nécessaire d'y être attentif (EN 1105a). Car le plaisir propre à l'acte accroît son énergie ; on juge d'autant mieux les choses et on les pratique avec d'autant plus de précision qu'on les fait avec plus de plaisir (EN 1175a20-21). On peut dire que le plaisir donne à l'activité son accomplissement²²⁴. Pour Sennett, « les gratifications émotionnelles qu'apporte le métier qui s'acquiert sont doubles » : ancrage dans une réalité tangible et possibilité de s'enorgueillir de son travail²²⁵. En termes kantien, on peut ajouter que les qualités morales sont des dispositions d'esprit « de type *esthétique*, préalable, mais naturelle, à être affecté par les concepts du devoir », et que le sentiment de plaisir ou de déplaisir est un passage, un

²²² DEJOURS Christophe, *Souffrance en France*, op.cit.

²²³ Une partie de ce paragraphe a été publiée dans WEBER Jean-Christophe, « Pleasure in medical practice », *Medicine Health Care and Philosophy* 2012; 15(2): 153-64, et dans WEBER Jean-Christophe, « Souffrance et plaisir. La *technē* médicale aujourd'hui », in ANCORI Bernard, MELENOTTE George-Henri, STRAUSER Joëlle, WEBER Jean-Christophe (dir.), *Que sommes-nous aujourd'hui? Les figures du sujet*, Bern, Peter Lang, 2014, p.223-245.

²²⁴ EBBERSMEYER Sabrina, « Conduire ou séduire la raison?... », art.cit.

²²⁵ SENNETT Richard, *Ce que sait la main*, op.cit., p.33.

intermédiaire entre la représentation de l'action possible et le passage à l'action qui marque l'intérêt pris à l'action ou à son effet²²⁶.

Ce plaisir a aussi rapport au jugement réfléchissant, à la volonté, à l'intelligence pratique, laquelle mobilise la créativité, la *mêtis*, l'*habitus* et l'*illusio*.

La *tekhnē* médicale nécessite un savoir-faire spécial, le savoir-faire avec le particulier. Or, nous l'avons vu plus haut, le cas déborde de toutes parts du cadre envisagé par les expérimentations scientifiques qui ont établi les lois générales, y compris quand elles ont été vulgarisées et synthétisées sous la forme de conduites à tenir détaillées en fonction des variantes qui peuvent être rencontrées. A cause de la contingence du particulier, on ne peut déduire des lois particulières à partir des lois universelles, et intervient la faculté de juger dite réfléchissante²²⁷. Or l'accord que l'on peut trouver entre le contingent et les lois générales, l'opération du jugement réfléchissant, est en tant que telle source de plaisir²²⁸. C'est cette opération qui est barrée ou court-circuitée quand on fait croire au médecin qu'il n'a qu'à exécuter un protocole, c'est-à-dire à capturer l'objet pour le plier à une forme précodifiée. La finalité de ce réglage délicat est bien la thérapeutique, qui vise à rendre le plus possible au malade un usage commun de son corps.

Dans le système kantien, à chaque pouvoir supérieur de l'esprit (*Gemüt*) humain, soit l'entendement, la raison et le jugement réfléchissant, correspond une faculté: le pouvoir de connaître d'après des concepts, la faculté de désirer, et ... le sentiment de plaisir ou de déplaisir ou la capacité d'éprouver quelque chose ! Entre les pouvoirs de connaître et de désirer se tient le sentiment de plaisir, tout comme la faculté de juger est intermédiaire entre entendement et raison²²⁹. Le jugement réfléchissant n'est pas uniquement étroitement lié au contingent, mais le plaisir lui-même apparaît être au cœur du système²³⁰. Kant affirme en effet que

« La possibilité d'unifier deux ou plusieurs lois empiriques hétérogènes de la nature sous un principe les comprenant est le fondement d'un plaisir très remarquable, souvent même d'un étonnement admiratif »²³¹.

Et ce plaisir ne cesse pas, bien que nous devenions familiers avec ses objets. Comment cette assertion peut-elle être transposée dans la clinique médicale? Le raisonnement clinique s'appuie sur le jugement réfléchissant, et ne doit pas être réduit au jugement déterminant. Le processus diagnostique consiste en son essence à découvrir dans le cas empirique donné ce qui peut être rapporté à des généralités (par exemple, une catégorie de la nosographie), à passer donc du particulier au général, de l'exemple au concept, de la singularité à l'universel, et non pas l'inverse. De même, dans le choix d'un traitement, il faut découvrir dans la situation empirique du patient ce qui peut être plus ou moins mis en relation avec les résultats des essais cliniques thérapeutiques, de manière à atteindre la fin particulière de la décision thérapeutique.

²²⁶ KANT Emmanuel, *Métaphysique des mœurs II ; Doctrine du droit, doctrine de la vertu* (1797), trad. Alain Renaut, Paris, GF Flammarion, 1994. *Métaphysique des mœurs, IIe partie : Doctrine de la vertu* (1797), trad. A. Philonenko, Paris, Vrin, 2002. Nous utilisons les deux traductions de ce texte, désormais MMDV. La citation se trouve en AK VI 399.

²²⁷ KANT Emmanuel, *CFJ*, §76, AK V 404.

²²⁸ KANT Emmanuel, *CFJ*, Première introduction, III, AK XX 207.

²²⁹ Ibidem.

²³⁰ NANCY Jean-Luc, « Kant's system of pleasure », *Pli – The Warwick Journal of Philosophy* 1999;8: 149-63.

²³¹ KANT Emmanuel, *CFJ*, Introduction, VI, AK V 187.

Un mode de réflexion similaire peut être proposé pour décrire le choix éthique, et ce n'est pas le moindre des arguments pour se convaincre que l'éthique de la pratique est entrelacée avec la *tekhnē* pour former le fondement du raisonnement clinique et de l'action médicale (cf. chapitre XIII). De même que les trois vertus intellectuelles (*epistēmē*, *tekhnē*, *phronēsis*) ne peuvent être séparées dans la perspective large de la *tekhnē* que nous avons proposée.

Dans chaque domaine de l'élaboration de la décision, clinique et éthique, le plaisir est suscité par l'accord qui peut être trouvé entre le cas contingent et des lois plus élevées. Réciproquement, n'y a-t-il pas déplaisir parce qu'aujourd'hui, l'importance du jugement réfléchissant est sous-estimée ? Elle devrait faire l'objet d'une réappropriation par les médecins, car ces dimensions essentielles de la pratique médicale sont empêchées²³². Il est certes difficile d'agir dans l'incertitude, dans un temps marqué par une haute exigence de reddition de comptes. Mais le médecin peut avoir le sentiment amer et déplaisant qu'il est privé de la maîtrise sur son travail.

Mais il y a plus encore. Le soin est orienté par un vouloir et une finalité. Nous détaillerons au chapitre XIII le raisonnement pratique qui débouche sur une action déterminée par l'agent lui-même²³³, mais nous pouvons déjà rappeler après Kant que « toute intention qui se réalise est liée à un sentiment de plaisir »²³⁴.

Cette forme de plaisir associée à la volonté est réaffirmée dans un autre passage de la troisième Critique : « [Or] vouloir quelque chose et trouver une satisfaction à son existence, c'est-à-dire y prendre quelque intérêt, cela est identique »²³⁵. Pour le médecin investi dans son champ, soigner est ce qu'il veut. Pour le dire avec les mots de Heidegger : « Ce dont nous sommes capables (*vermögen*), c'est toujours ce que nous désirons (*mögen*), ce à quoi nous sommes adonnés en ceci que nous le laissons venir »²³⁶.

La connivence avec le réel implique des savoirs tacites. Pierre Bourdieu nomme *illusio* la manière d'être engagé dans un champ, l'investissement de l'agent, le fait d'être « pris au jeu »²³⁷. L'*illusio* est entretenue par un jeu d'échange de biens symboliques : celui qui donne sait que son engagement généreux sera probablement reconnu comme tel. Se sentir doté d'une mission sociale, être projeté vers des fins, procure un bonheur dans l'action qui excède la rémunération. Nous incorporons (c'est une véritable connaissance par corps) une connaissance pratique, qui est à l'œuvre dans un grand nombre de décisions ordinaires. Les agents sociaux sont dotés d'habitus, inscrits dans les corps par l'expérience : l'habitus est une sorte de « conversion entre le social et l'individuel », selon l'expression de Paul Veyne²³⁸. Bourdieu précise que l'agent engagé dans une pratique habite son monde comme un habit, il a le sens du jeu et sa relation à la fin concernée n'est pas un calcul d'utilité. Le sens pratique est coïncidence de l'habitus et du champ : les choses à faire « comme il faut » n'ont plus besoin d'être totalement constituées en impératifs conscients. « Exercer *avec bonheur* (subjectif et

²³² KHUSHF George, « The aesthetics of clinical judgment... », art.cit.

²³³ DESCOMBES Vincent, *Le raisonnement de l'ours...*, op.cit.

²³⁴ KANT Emmanuel, *CFJ*, Introduction, VI, AK V 187.

²³⁵ KANT Emmanuel, *CFJ*, §4, AK V 208.

²³⁶ HEIDEGGER Martin, « Que veut dire penser ? », in : *Essais et conférences*, Paris, Gallimard, 1980, p.151.

²³⁷ BOURDIEU Pierre, *Méditations pascaliennes*, op.cit., p.344.

²³⁸ VEYNE Paul, *Foucault, sa pensée, sa personne*, Paris, Albin Michel, « Bibliothèque Idées », 2008, p.155.

objectif, c'est-à-dire à la fois avec plaisir et aisance efficace) » suppose d'avoir incorporé les gestes de la pratique. L'habitus engendre des pratiques ajustées, adéquates, appréciées. Il nous semble possible d'affirmer que la médecine est un de ces champs spécifiques qui implique l'*illusio* et où se transmet et se façonne un habitus. L'enjeu des mutations actuelles qui l'affectent, et qui sont stigmatisées comme la cause principale du malaise des médecins, ne tient-il pas aux torsions qu'elles font subir à l'habitus traditionnel ? Bourdieu indique d'ailleurs que « le degré de satisfaction intime » des agents dépend moins de leur pouvoir effectif que des possibilités d'épanouissement de leur habitus autorisé par le fonctionnement du champ dans lequel ils évoluent²³⁹. En ce sens, toute la politique utilitariste vient battre en brèche le « sens du jeu » médical, naturellement rétif à sa réduction au rentable.

La notion d'habitus indique certes aussi un poids de déterminisme social dans le comportement des individus, comme d'ailleurs la notion de rôle. Peut-on en dégager des marges d'initiative et de création, qui renvoient au style ? On peut dire que l'habitus est un des moteurs de la vertu, en tant que mise en œuvre d'actions appropriées. Heidegger fait se suivre : être capable, désirer, être adonné à²⁴⁰. Chez Bourdieu, il y a une part incorporée par l'habitus de cet « adonné à ». Chez Heidegger, « être capable » de quelque chose veut dire : admettre quelque chose auprès de nous selon son être et veiller instamment sur cette admission. Il y aurait donc, si on veut rassembler les deux pensées, une part incorporée et une part qui reste préoccupée en état de veille. En quelque sorte, veiller sur son habitus. Y être intéressé, c'est-à-dire, toujours selon Heidegger, « être entre et parmi les choses, se tenir au milieu d'une chose et y rester sans faiblir »²⁴¹.

Quand, requis de répondre à la demande de soin, le médecin fait usage de toutes les composantes de la *tekhnē*, le plaisir de soigner associé à son acte n'est pas lié à un seul registre, mais à leur nouage réussi. Le plaisir de soigner n'est lié prioritairement ni à la beauté du soin (même si bien travailler, c'est de la belle ouvrage), ni à ce que le soin soit agréable (même si sa fin est orientée par la recherche d'un certain confort du corps et de l'esprit). Il n'est pas nécessaire que le malade exprime une quelconque reconnaissance, ni que la relation soit riche en émotions, ni que la maladie diagnostiquée soit un « beau cas », ni qu'il y ait eu une prouesse thérapeutique. Le médecin soigne la personne en soignant le corps, il soigne aussi son travail de soignant, et ce faisant il prend soin aussi de lui-même. Un des prolongements de la volonté bonne est culture de sa propre curiosité, dont la racine « cura » est commune au soin et au souci. La curiosité est « accueil de la complexité et désir de la connaître, de la comprendre »²⁴². Sennett nomme « conscience matérielle engagée » la conscience propre à l'artisan, dont les efforts pour produire un travail de qualité « dépendent de la curiosité à l'égard d'un matériau qu'il a sous la main »²⁴³. Le plaisir est alors associé à l'accomplissement de son travail, dans toutes ses dimensions, sans exclusive.

L'enjeu n'est bien entendu pas limité au plaisir. Il indexe pour le médecin qu'il a pu donner un style à sa vie professionnelle qui la lie à soi dans une activité créative. Mais ce détour n'a de

²³⁹ BOURDIEU Pierre, *Méditations pascaliennes*, op.cit., p.217.

²⁴⁰ HEIDEGGER Martin, « Que veut dire penser ? », art.cit.

²⁴¹ Ibid., p.154.

²⁴² STRAUSER Joelle, « Soin, souci, curiosité », *Les Cahiers du Portique* 2003 ; n°1, Les gestes de soin : 19-43.

²⁴³ SENNETT Richard, *Ce que sait la main*, op.cit., p.166.

sens que pour ressaisir le cœur de sa pratique. Viser la beauté, viser le plaisir, c'est aussi viser l'excellence de cette pratique. Et c'est bien cela qui semble atteint lorsqu'il est question de la souffrance au travail des médecins, au moins dans le milieu de l'hôpital (Cf. conclusion de la deuxième partie). C'est ainsi que la réflexion esthétique nous amène à reconsidérer la *phronēsis* comme une vertu esthétique et les menaces qui pèsent sur elle comme des fautes de goût.

3.3. *Phronēsis* et management

Comme toute pratique, celle de la médecine « suppose des normes d'excellence, d'obéissance à des règles, ainsi que la réalisation de biens », dont les biens internes « ne peuvent être identifiés et reconnus » qu'en y participant²⁴⁴. Certaines qualités sont requises pour que la pratique s'accomplisse « dans les règles de l'art », et les institutions (ici, nous nous intéresserons à l'hôpital) sont les terrains où se cultivent, ou au contraire se défont, ces qualités. Nous avons montré la place centrale pour la pratique médicale de la *phronēsis*, adaptée à la clinique du cas et supposant de l'expérience. Récapitulons brièvement les traits saillants de la *phronēsis*, avant d'indiquer en quoi l'institution hospitalière, quand elle adopte de nouvelles règles de gouvernance, déconstruit le terrain nécessaire à son épanouissement.

La *phronēsis* est une disposition qui rend capable d'agir, d'accomplir des actions particulières : elles supposent un choix, elles portent sur des choses qui dépendent de nous, dans la sphère de ce qui est bon ou mauvais pour un être humain. Son exercice principal concerne la délibération, qui est une recherche portant sur la fin à atteindre, la bonne manière d'y parvenir et la bonne temporalité, une évaluation pertinente de ce qu'il serait opportun de faire dans une situation contingente. Pour porter cette disposition à son maximum, il est besoin de pouvoir estimer correctement les situations les plus variées (justesse du coup d'œil), de saisir les enchaînements causaux, d'avoir une vivacité de réaction, de posséder une intelligence critique. Le point de départ de la situation médicale étant un cas particulier, il faut aussi une raison intuitive et du bon sens, pour bien le percevoir. Enfin, il faut une capacité effective d'agir.

Nous l'avons aussi déjà mentionné, mais la répétition est ici utile : la *phronēsis* comporte la détermination d'un décret souple, adaptation de la règle à la situation contingente. Nombre de situations médicales restent ouvertes à un choix délibératif. C'est la *phronēsis* qui rend le médecin capable d'ajuster ses connaissances et son expérience aux circonstances particulières de chaque patient. On raisonne sur le vraisemblable mais aussi sur le préférable, et il s'agit décider, avec le malade, sur ce qui est souhaitable, et qui n'est pas non plus connu à l'avance, même si la finalité globale est la santé : de quelle santé voulons-nous, sous quelle forme, à quelles conditions, en ce moment précis de la décision à prendre ? La sagesse pratique a pour tâche de sélectionner la règle qui convient au mieux à une circonstance particulière²⁴⁵. Pensons à une annonce de maladie : les vertus de courage et d'honnêteté pousseraient le médecin à dire la vérité, celle de bienveillance à la différer. Mais la *phronēsis* se manifeste avant tout dans le

²⁴⁴ MAC INTYRE Alasdair, *Après la vertu* (1981), trad. Laurent Bury, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2006, p.184-5.

²⁴⁵ VIRNO Paolo, *Motto di spirito e azione innovativa*, op.cit., p.25 et p.38.

fait de décider si le critère pertinent auquel se référer dans la situation donnée doit être le courage, l'honnêteté, la déontologie, la bienveillance, l'article de loi qui prévoit que le malade peut parfois être tenu dans l'ignorance, ou autre chose encore. Le déplacement réside dans le fait d'appliquer/instituer, en référence au cas particulier, une norme qui remplace celle à laquelle le débutant se réfère par automatisme. Ce déplacement n'est rien d'autre qu'exercice de la *phronēsis*. Elle évalue laquelle des vertus convient effectivement à un événement singulier et non reproductible. En cela, elle est le pivot de l'esthétisation de la pratique.

Comme on l'a vu, la garantie de la justesse de la *phronēsis* ne peut être trouvée à l'extérieur à la *phronēsis* elle-même. La *phronēsis* est au mieux définie par ce qu'accomplit le *phronimos*, lequel est d'ailleurs la clé de voûte de toute vertu.

« Ainsi donc, la vertu est une disposition à agir d'une façon délibérée, consistant en une médiété relative à nous, laquelle est rationnellement déterminée et comme le déterminerait l'homme prudent » (EN 1106b26).

Or le *phronimos*, le plus apte à s'orienter dans les affaires humaines,

« se meut au niveau du particulier (...), sait ce qui est bon pour nous, (...) sa supériorité ne repose pas sur un savoir, (...) il n'est pas seulement l'interprète de la droite règle, mais la droite règle elle-même, le porteur vivant de la norme »²⁴⁶.

Pour éviter de s'en remettre à la seule vertu du médecin, laquelle manque d'une garantie externe, on veut d'autant plus consolider la pratique médicale qu'elle intervient dans des domaines risqués : pensons à la chirurgie, aux traitements du cancer, aux biothérapies. Codifier, standardiser, protocoliser : la décision ne relèvera plus de la délibération d'un seul. Si l'appréciation du particulier suppose une perception aiguisée, les réflexions contemporaines qui visent à sécuriser les pratiques s'emploient davantage à tenir compte de critères objectifs à l'heure de la reddition de comptes (*accountability*)²⁴⁷. Si l'expérience suppose une pratique assidue et engagée, les tendances portées par l'organisation des soins visent davantage l'interchangeabilité des soignants. Les médecins étaient à peu près épargnés, sauf les deux catégories de praticiens les plus nombreux dans les hôpitaux, à savoir les urgentistes et les anesthésistes, dont les plannings ressemblent de plus en plus à du travail posté. Ce que nous venons de décrire comme l'excellence de la pratique ne risque-t-il pas de disparaître ?

Ce noyau dur, phronétique, de la pratique médicale semble aujourd'hui effectivement menacé. En tous cas, il se trouve confronté à des dispositifs²⁴⁸ concurrents, ou contraires, et tout particulièrement les dispositifs gestionnaires adoptés récemment par l'hôpital, le nouveau management public, la nouvelle gouvernance et ses agences comme l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance).

Les restrictions budgétaires, la réorganisation au moyen du management *lean* (flux tendus, management par projets); la tarification à l'activité (T2A), le *benchmarking*, la démarche qualité et l'accréditation, la numérisation totale du dossier patient etc., tous ces dispositifs ont été introduits dans les organisations des hôpitaux avec plusieurs mots d'ordre : sécurité, qualité, standardisation, et efficacité. Le nouveau management public a pour objectif d'améliorer la

²⁴⁶ AUBENQUE Pierre, *La prudence chez Aristote*, op.cit., p.40-41.

²⁴⁷ DUMEZ Hervé (dir), *Rendre des comptes. Nouvelle exigence sociétale*, op.cit.

²⁴⁸ AGAMBEN Giorgio, *Qu'est-ce qu'un dispositif ?*, op.cit.

performance du système, non pas en vue d'un impact positif sur la santé de la population (on ne sait pas le mesurer), mais dans le but d'une amélioration du rendement. L'impact multiple des réformes successives de l'hôpital public a déjà été amplement décrit²⁴⁹, et notamment leurs conséquences sur les professionnels de santé²⁵⁰. Nous avons contribué aussi à cette description²⁵¹.

L'évolution voulue pour l'hôpital nécessitait une « révolution des mentalités »²⁵² médicales pour faire accepter la T2A notamment, mais plus globalement pour que la transformation de l'hôpital soit effective, pour que ses performances soient réellement améliorées dans le sens voulu. Pour y parvenir, ont été mis en place un certain nombre d'outils, comme les contrats d'objectifs et de moyens, qui supposent logiquement une surveillance permanente non pas tant du travail réel des médecins, mais de ce qui, de ce travail, peut être traduit en activité productive. Les signifiants maîtres du nouveau management public sont : performance, contractualisation, évaluation permanente des résultats. Les outils employés entraînent une mise en concurrence des institutions et des personnels, et un déplacement de l'obéissance à l'éthique professionnelle vers l'obéissance à la commande. Le contrôle se cache derrière des mesures incitatives²⁵³. Les pièges, dérives et effets pervers de la T2A, bien connus pourtant de tous les décideurs²⁵⁴, n'ont pas mis pour autant en crise le modèle, et on a pu observer dans les faits, en France comme à l'étranger, tout ce qui était anticipé : tendance inflationniste, sélection d'activités rentables, tri des malades, déplacement des normes professionnelles vers des normes d'entreprise etc.²⁵⁵ De plus, plusieurs enquêtes ont révélé une

²⁴⁹ Par exemple : BRECHAT PH et al., « Des pôles d'activités hospitaliers entre gestion de la crise et mise en œuvre d'une politique de santé publique », *Santé Publique* 2010/5 ; 22 :571-80 ; PIERRU Frédéric, « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant - Le tournant néolibéral de la politique hospitalière », *Actes de la recherche en sciences sociales* 2012/4 ; 194 :32-51 ; DOMIN JP, « La nouvelle gouvernance sauvera-t-elle les hôpitaux publics ? », *Mouvements* 2004/2 ;32 : 55-9 ; LE POGAM MA et al, « La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent », *Management & Avenir* 2009/5 ; 25 :116-34 ; MOISDON Jean-Claude, « Le paradoxe de la boîte noire. Réformes hospitalières et organisation », *Droit et société* 2012/1 ; 80 : 91-115.

²⁵⁰ HACHE Emilie, « La responsabilité, une technique de gouvernementalité néolibérale ? », art.cit. CHANIAL Philippe, « Le New Public Management est-il bon pour la santé ? Bref plaidoyer pour l'inestimable dans la relation de soin », *Revue du MAUSS*, 2010/1 ;35 : 135-50 ; BELORGEY Nicolas, *L'hôpital sous pression, enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, 2010 ; PIERRU Frédéric, *Hippocrate malade de ses réformes*, Paris, Editions du Croquant, 2007.

²⁵¹ WEBER Jean-Christophe, « Jugement pratique et burn-out des médecins », *Revue de Médecine Interne* 2015 ; 36 : 548-50 ; WEBER Jean-Christophe, « Performance et qualité : malentendus culturels ou mutations de la médecine hospitalière ? », in Pascal HINTERMEYER, David LE BRETON, Gabriele PROFITA (dir), *Les malentendus culturels dans le domaine de la santé*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 2015, p.99-118 ; WEBER Jean-Christophe, « La créativité dans la pratique médicale », art.cit. ; WEBER Jean-Christophe, « La vulnérabilité du médecin », in David JOUSSET, Jean-Michel BOLES, Jean JOUQUAN (dir), *Penser l'humain vulnérable. De la philosophie au soin*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2017, p.281-296.

²⁵² C'est l'expression employée par le président Sarkozy au moment d'installer la commission Larcher qui a préparé cette réforme managériale. On peut voir les détails dans WEBER Jean-Christophe, « Performance et qualité... », art.cit.

²⁵³ BRUNON-ERNST Anne, « Le gouvernement des normes. Jeremy Bentham et les instruments de régulation post-moderne », *Archives de Philosophie* 2015/2 ;78 : 309-322.

²⁵⁴ Le rapport du député UMP Flajolet sur les disparités géographiques de Santé en 2008 détaille les effets pervers de la T2A. FLAJOLET A, « Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire », http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Flajolet.pdf (consultée le 30/11/17).

²⁵⁵ DE POUVOURVILLE Gérard, « Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas. La mise en œuvre de la tarification à l'activité », *Revue Economique*, 2009/2 ; 60 : 457-70 ; VOGL M, « Assessing DRG cost accounting with respect to resource allocation and tariff calculation: the case of Germany », *Health Economics Review* 2012, 2:15 ; WEINSTEIN Marcie, NESBITT Jessica, « Ethics in Health Care... », art.cit.

souffrance croissante des soignants au travail²⁵⁶, et souligné que ces nouvelles technologies du management et le discours de la performance ont eu des effets délétères²⁵⁷. L'idéal (qualité totale, réduction des risques) est devenu la norme, l'écart entre travail prescrit et travail possible renvoie les acteurs à leur insuffisance²⁵⁸, qui n'est plus la finitude de toute action pratique, mais le signe d'une faillite personnelle. Le pouvoir managérial rend malade²⁵⁹.

Nous voudrions porter la critique du nouveau management public (NPM) sous l'angle des menaces qu'elle fait subir à la *phronēsis*. On pourrait croire que la novlangue du NPM consonne avec la *phronēsis* : l'implication des acteurs, la promotion de l'excellence, etc. La réalité est tout autre : si d'un côté la « bonne délibération, est justesse eu égard à ce qui est utile, portant à la fois sur la fin à atteindre, le but visé, la bonne manière d'y parvenir et la bonne temporalité » (EN,1143b), et si d'un autre côté on veut modifier en profondeur les dispositions des médecins, alors il faut leur faire adopter d'autres buts, d'autres perspectives sur l'utilité, d'autres moyens d'y parvenir et une autre temporalité. Au lieu de centrer ses efforts sur le destin d'un patient individuel, on va proposer au praticien de viser la santé économique d'un hôpital, et de le rendre performant. La finalité de son action est subtilement déplacée de l'attente du malade à celles de l'établissement considéré comme une entreprise. L'utilité est rabattue sur un bilan comptable. Les composantes de la *phronēsis* qui font appel à l'intelligence rusée vont être discréditées : à la justesse du coup d'œil on oppose la sécurité du protocole. Pour pallier le risque posé par la diversité des situations, on propose des garde-fous rigides. A la fragilité judicieuse du *kairos* on oppose la durée moyenne de séjour qui doit être raccourcie, et la temporalité du logiciel qui trace les décisions, établit les plannings de rendez-vous ou d'occupation des blocs opératoires, mais ignore la souplesse de leur à-propos. A la perception des détails qui caractérisent le particulier on oppose les grilles d'observation standardisées qui ne supportent aucune narrativité. A la culture d'équipe de soins qui cisèle avec le temps des manières de faire fluides et belles, on oppose l'interchangeabilité des soignants pour une occupation « optimisée » des espaces d'hospitalisation. A l'imagination on oppose une « instance de contrôle qui lui dénie toute anticipation du désir, la perception est placée de force dans le schéma de la répétition impuissante des choses déjà connues »²⁶⁰.

L'appui sur la connaissance du particulier, et partant, l'appui sur l'expérience, est miné à sa base puisque ce qui peut la consolider, par exemple dans des habitudes collectives, ne peut plus se constituer du fait de la flexibilité voulue des équipes soignantes. De plus, tout jeune praticien forge son expérience avant tout au contact des malades. Or, l'usage obligatoire de l'informatique pour le dossier, les prescriptions etc., non seulement est consommateur de temps (organiser la prise en charge d'une admission requiert 3 à 4 fois plus de temps qu'auparavant) mais éloigne concrètement, physiquement, le médecin du malade. Le médecin est désormais pratiquement toujours devant son écran, et celui-ci n'est pas aisément transportable au lit du

²⁵⁶ ESTRYN-BEHAR Madeleine et al., « Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail... », art.cit.

²⁵⁷ DUJARIER Marie-Anne, *L'idéal au travail*, op.cit.

²⁵⁸ DEJOURS Christophe, GERNET Isabelle, « Travail, subjectivité et confiance », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2012/1 ; 13 : 75-91.

²⁵⁹ DE GAULEJAC Vincent, *La société malade de la gestion ; idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris, Seuil, « Points », 2009.

²⁶⁰ ADORNO Theodor W, *Minima moralia...*, op.cit., p.166.

malade. Moins de contacts, moins de clinique, moins de perceptions, moins d'hypothèses pertinentes sélectionnées dans un dialogue, et davantage d'examens inutiles, de traitements inappropriés, etc. Ce sont les conditions matérielles et les outils de « production des soins » qui infléchissent insensiblement l'exercice pratique de la clinique. Contrairement au discours lénifiant sur l'outil informatique qui ne serait qu'un instrument dont on reste maître dans l'usage, il s'agit de dispositifs au sens où l'emploie Agamben, à savoir « tout ce qui a la capacité de capturer, d'orienter, de déterminer, d'intercepter, de modeler, de contrôler et d'assurer les gestes, les conduites les opinions et les discours des êtres vivants »²⁶¹.

Est perdue de vue la reconnaissance de l'écart persistant entre la règle et son application, entre la norme générale et le décret souple qui épouse les contours de l'objet. Est abolie toute référence au beau travail, alors que l'appréciation esthétique est un bon critère de la qualité du travail accompli. Toute situation inédite génère de l'inquiétude, et favorise le repli sur la conformité maximale : on préfère négliger les particularités de la situation au profit d'une exécution standardisée des tâches, qui va pouvoir être « tracée » de la manière attendue. Les entorses aux règles qui sont parfois les meilleures manières de les appliquer ne sont plus tolérables. Etre conforme, voici l'impératif qui est distillé sans relâche, et tout particulièrement lors des visites de conformité qui conditionnent l'accréditation des établissements. Chaque acteur est périodiquement confronté aux résultats de l'évaluation continue de sa conformité, exprimée en une variété d'indicateurs de qualité et de performance économique. La performance quantitative prend le pas sur l'amélioration réelle des situations. Ce qui n'est pas mesuré, voire non mesurable, est disqualifié. Ce qui ne peut être tracé compte pour rien. « Ce qu'on mesure est ce qu'on juge important, et vice-versa »²⁶². En particulier, les compétences incorporées, les savoirs tacites qui forment la base de la sagesse pratique, n'ont plus d'existence légitime. Parallèlement, ce qui est découragé, est l'idée qu'un talent soit nécessaire pour appliquer la règle et pour percevoir quelle règle convient au mieux à une circonstance particulière²⁶³ : on s'en remet à la procédure, et en cas de doute, on appelle l'expert. La judiciarisation apparente des rapports entre consommateurs et professionnels de santé accentue aussi cette évolution. Il faut aussi insister sur une aporie de l'expérience et de la sagesse pratique : leur caractère irremplaçable est impossible à réfuter, mais impossible aussi à revendiquer²⁶⁴. Autrement dit, la reconnaissance de la qualité du travail n'est pas obtenue. Cette reconnaissance dans le monde du travail n'est pas attendue des personnes mais des acteurs, ne porte pas tant sur l'être mais sur le faire : comme le dit bien Dejours, reconnaître la qualité d'un travail, c'est « fondamentalement la reconnaissance d'un rapport spécifique avec le réel, c'est-à-dire l'expérience de ce qui se fait connaître à celui qui travaille, par sa résistance à la maîtrise, le réel au sens hégélien »²⁶⁵. N'est-ce pas là aussi quelque chose qui décrit le rapport de l'artisan face à la matière ?

²⁶¹ AGAMBEN Giorgio, *Qu'est-ce qu'un dispositif ?*, op.cit.

²⁶² STIGLITZ Joseph E., *Le triomphe de la cupidité*, trad. Paul Chemla, Paris, Babel, 2010, p.495.

²⁶³ VIRNO Paolo, *Motto di spirito e azione innovativa*, op.cit., p.38.

²⁶⁴ Gadamer a bien vu le point : « la part de l'expérience qui rend sage, est aussi indémontrable qu'évidente ».

GADAMER Hans-Georg, *Philosophie de la santé*, op.cit., p.33.

²⁶⁵ DEJOURS Christophe, « Psychanalyse et psychodynamique du travail : les ambiguïtés de la reconnaissance », in CAILLE Alain (dir), *La quête de reconnaissance...*, op.cit., p.67.

L'exercice de la *phronēsis* est exercice correct du jugement ayant trait à l'action. Aristote souligne que l'attrait de certains plaisirs et récompenses, et la crainte de certaines douleurs et blâmes, corrompt le jugement de telle sorte qu'il devient « incapable de voir en vue de quelle fin et pour quel motif il doit choisir et accomplir tout ce qu'il fait » (EN 1140b18). Relayant la commande étatique, l'insistance des dirigeants hospitaliers sur les performances économiques, le pilotage par *benchmarking* qui évalue les services par comparaison à des moyennes statistiques et à des objectifs chiffrés mobilisent les énergies en vue d'une autre finalité que les soins : celle de la performance. L'efficacité de la diffusion continue de ce discours managérial est loin d'être négligeable. Les mots d'Orwell conviennent bien pour la décrire :

« C'était comme si une force énorme exerçait sa pression sur vous. Cela pénétrait votre crâne, frappait contre votre cerveau, vous effrayait jusqu'à vous faire renier vos croyances, vous persuadant presque de nier le témoignage de vos sens »²⁶⁶.

Dans l'articulation du contingent du cas avec le savoir général, il ne s'agit pas d'arbitraire mais d'arbitrage qui mobilise la faculté de juger réfléchissante : c'est cette opération, constitutive de l'expérience par sa répétition, qui est barrée quand on exige du médecin l'exécution d'un protocole, c'est-à-dire la capture de l'objet pour le plier à une forme précodifiée²⁶⁷. Nous l'avons dit : la distance entre le stimulus de la règle et la tâche pratique est franchie d'une manière contingente et non entièrement prédictible par chaque acteur dans sa délibération et dans l'institution du *psephisma*²⁶⁸. Voilà l'ennemi déclaré des procédures et protocoles qui entendent déterminer le comportement des acteurs au niveau du détail. La doctrine d'une médecine centrée sur le patient se voit ici détournée : c'est le patient standardisé qui fait norme. Au lieu de l'attention délicate au détail, la qualité médiocre du quelconque²⁶⁹.

Reconnaissons que l'absence de détermination des conduites génère un risque de désorientation. La standardisation des pratiques est présentée par le nouveau management public comme un gage de qualité et d'efficacité²⁷⁰. La restauration de la confiance du public en serait tributaire. Mais cette absence de détermination est aussi la condition de pouvoir y remédier par la créativité qu'est l'invention *hic et nunc* d'une action qui n'était pas entièrement prédictible²⁷¹. La sacralisation de la règle, comme celle du recours à l'expert, vont de pair avec la méfiance vis-à-vis du jugement, ce qui fait que les acteurs s'amputent quasi-volontairement de ce qui permettrait la constitution d'une expérience²⁷². Car c'est l'exposition répétée à l'incertain des situations contingentes qui est nécessaire pour incorporer la connaissance sensible qui affine la *phronēsis* et améliore les capacités du médecin confronté à l'imprévu.

Le médecin en vient à nourrir une certaine prévention à l'égard de ce qui ne serait rattaché en dernière instance qu'à une connaissance sensible et incorporée, comme si elle était moins

²⁶⁶ ORWELL George, 1984, Paris, Gallimard, « Folio », 1972, p.111.

²⁶⁷ WEBER Jean-Christophe, « Pleasure in medical practice », *Medicine Health Care and Philosophy* 2012; 15(2): 153-64.

²⁶⁸ VIRNO Paolo, *Et ainsi de suite...*, op.cit.

²⁶⁹ C'est comme si, dans le domaine de la cuisine, *tekhmē* voisine de la médecine chez Platon, on remplaçait la gastronomie par le sandwich industriel, disponible à l'identique quel que soit le lieu de sa production.

²⁷⁰ BELORGEY Nicolas, *L'hôpital sous pression, enquête sur le « nouveau management public »*, op.cit. ; ZUIDERENT-JERAK Teun, *Situated intervention. Sociological experiments in health care*, op.cit.

²⁷¹ WEBER Jean-Christophe, « La créativité dans la pratique médicale », art.cit.

²⁷² WEBER Jean-Christophe, « Performance et qualité... », art.cit.

fiable²⁷³. Quel appui trouver alors, si ce n'est celui des recommandations et des référentiels : plus on y a recours, et moins on parvient à s'en extraire. La novlangue de la standardisation et de la normalisation diffusent l'idée que le médecin ne peut plus camper dans les zones grises de sa pauvre expérience, il doit soit donner des gages de son habilitation capacitaire dans tel domaine, soit se défausser. Tout se passe comme si l'expérience, faute de garantie, comptait pour rien.

Donnons un exemple : certains accidents vasculaires cérébraux sont la conséquence d'une embolie dont le point de départ est la formation d'un caillot dans les cavités cardiaques, qu'on tente de prévenir par une anticoagulation du sang. Mais anticoaguler le sang (avec des médicaments) expose au risque d'hémorragie. Dans le cas d'un accident vasculaire cérébral, le risque de l'anticoagulation immédiate est l'hématome intracrânien, et il peut être prudent de différer le début du traitement, malgré le risque inverse de faciliter de nouvelles embolies. Les décisions concrètes s'appuient sur de nombreuses caractéristiques de la situation particulière (l'âge du patient, la taille de l'infarctus cérébral, l'état du cœur, etc.), mais il persiste bien entendu une incertitude. Eh bien, Jean-Marc, cardiologue hospitalier chevronné, qui a pris au cours de sa carrière nombre de décisions dans ce type de situations, rapporte aujourd'hui ne plus se passer de l'avis du spécialiste neurologue de garde, lequel se trouve être parfois un jeune praticien, lequel n'a que les recommandations officielles – lesquelles ne tranchent pas sur la meilleure attitude à la phase initiale – à faire valoir. Ces recommandations sont bien entendu disponibles aussi pour le cardiologue qui est au chevet du malade. Mais l'avis neurovasculaire est devenu un critère pour l'évaluation de la qualité des soins, et doit être tracé dans le dossier...

Il n'est pas difficile d'imaginer que le recours démultiplié aux avis extérieurs s'avérera d'autant plus nécessaire que l'expérience ne se sera même plus constituée : sommé de ne plus penser par soi-même, de ne plus confronter la situation réelle aux recommandations générales pour en saisir l'écart et prendre une décision, le nouveau praticien se contentera de suivre l'opinion d'un autre sur ce qu'il doit faire. Le recours à celui qui sait n'est bien entendu pas à dénigrer en soi. Mais ce recours est fallacieux si « celui qui sait » n'est que celui qui se trouve, de par sa fonction, investi d'un savoir supposé qui se résume à rappeler des recommandations générales.

Les politiques publiques, médiées notamment par l'ANAP, veulent obtenir « l'informatisation du cœur de métier des établissements de santé ». S'il peut être informatisé, c'est que l'ANAP a pris l'option de déplacer le cœur de métier d'un hôpital depuis l'intelligence pratique des acteurs au service du soin vers un système de production d'activité qui ignore délibérément son importance. Parallèlement, les techniques de management propagent l'idée qu'on peut décrire le travail dans des logigrammes, traduction graphique d'une pensée algorithmique. Or, aux extrémités d'un arbre décisionnel, il n'y a jamais que des instructions, des indications générales sur ce qu'il faudrait faire. Vouloir complètement clarifier à l'avance les instructions (ce que peut souhaiter d'ailleurs le novice) conduit à fixer des limites tranchées là où l'appréciation concrète pourrait conduire à une conclusion opposée.

²⁷³ Or, plus une personne « maîtrise » un savoir-faire, dit Gadamer, et « plus sa liberté face à ce savoir-faire est grande ». GADAMER Hans-Georg, *Philosophie de la santé*, op.cit., p.33.

Le raisonnement pratique, qui débouche non pas sur une opinion mais dans l'action elle-même, « doit être construit par le sujet pratique lui-même, par celui qui va agir »²⁷⁴ ici et maintenant. Et son premier temps, nous dit Aristote, ce n'est pas la règle générale, ce n'est pas la norme, mais c'est le but particulier de l'action, ce qu'on veut réaliser, obtenir, conserver²⁷⁵. Nous y reviendrons longuement dans le chapitre XIII.

La fragilité de tout agir humain fait injure au fantasme d'un contrôle total possible d'une activité qui prête à conséquences. Mais le paradoxe redoutable est que vouloir consolider une pratique comme la médecine, dans une optique de sécurité et de standardisation, expose au risque de la fragiliser davantage²⁷⁶. Les managers nous prient de leur faire confiance : mais les prérequis de leur fonction sont en totale contradiction avec ceux du travail soignant. La distance soigneuse avec le terrain est présentée comme un gage de neutralité alors qu'il est avant tout cause de méconnaissance. Toute activité est conçue comme une ressource abstraite soumise à compétition, et toute activité non mesurable est considérée comme inexistante ou superflue. A la fin de *1984* d'Orwell, O'Brien avoue à Winston :

« Nous sommes différents des persécuteurs du passé (...) nous ne nous contentons pas d'une obéissance négative, ni même de la plus abjecte soumission. Quand finalement vous vous rendez à nous, ce doit être de votre propre volonté. Nous ne détruisons pas l'hérétique parce qu'il nous résiste. Tant qu'il nous résiste, nous ne le détruisons jamais. Nous le convertissons. Nous captions son âme, nous lui donnons une autre forme. Nous lui enlevons et brûlons tout mal et toute illusion. Nous l'amenons à nous, pas seulement en apparence, mais réellement, de cœur et d'âme. Avant de le tuer, nous en faisons un des nôtres »²⁷⁷.

Voici la manœuvre qui prend actuellement au piège médecins et soignants de l'hôpital public en France.

Ces trois premiers chapitres de la troisième partie ont tissé des liens entre épistémologie et esthétique, via l'expérience. Les chapitres qui suivent repartent de la remarque de Canguilhem qui estimait

« urgent de s'interroger sur la place que l'attention accordée par un médecin singulier à un malade singulier peut prétendre encore tenir dans un espace médical de plus en plus occupé, à l'échelle des nations dites développées, par les équipements et règlements sanitaires et par la multiplication programmée des "machines à guérir" »²⁷⁸.

Abordant la question clinique sous l'angle de l'érotique (chapitre XI), nous ferons retour à la *tekhnē* par l'éthique (chapitre XIII), en passant par les affects (chapitre XII). Le long détour par l'érotique permettra de mieux comprendre certaines des difficultés qui traversent la clinique. La *tekhnē* ne peut s'affranchir d'étudier la socialité tout à fait spécifique dans laquelle elle s'exerce. La thématique de la relation médecin-malade, sur l'importance de laquelle on s'accorde, ne peut être appréhendée en esquivant la question de l'amour, quand bien même on

²⁷⁴ DESCOMBES Vincent, *Le raisonnement de l'ours...*, op.cit.

²⁷⁵ Ibidem.

²⁷⁶ WEBER Jean-Christophe, « Chasser le flou : vers une plus grande fragilité ? Le cas de la pratique médicale », in NICOLAS Loïc (dir), *Le Fragile et le flou, De la précarité en rhétorique*, Paris, Classiques Garnier, 2018, p.229-244.

²⁷⁷ ORWELL George, *1984*, op.cit., p.337.

²⁷⁸ CANGUILHEM Georges, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible? », art.cit., p.86.

Chapitre X

préfèrerait les termes d'alliance thérapeutique voire peut-être de contrat. On ne peut comprendre l'engagement du médecin dans son acte sans en avoir exploré les ressorts affectifs et émotionnels. Le principe de bienfaisance reste creux si on ne détaille pas ce que signifie demander et donner.

Les questions du savoir, des esthésies, du jugement pratique, trouveront des compléments par rapport à ce qui a été déjà énoncé dans cette troisième partie. Ce sera en outre le lieu de reprendre à nouveaux frais certains aspects critiques abordés dans la deuxième partie.

CHAPITRE XI. EROTIQUE MEDICALE

« Le couple médecin-malade n'a été que rarement un couple harmonieux, dont chacun des partenaires puisse se dire pleinement satisfait du comportement de l'autre ».

Canguilhem¹

« Tu n'es aimé que lorsque tu peux te montrer faible sans provoquer une réaction de force ».

Adorno²

« "De quel point de vue cette chose, cet être sont-ils aimables ?" dira le sceptique. Du seul qui compte : de celui d'un sujet qui y est réceptif, qui s'ouvre à son amabilité intrinsèque, laquelle n'est pourtant pas absolument évidente, puisque certains ne la voient pas ».

Dewitte³

¹ CANGUILHEM Georges, « L'idée de nature dans la pensée et la pratique médicale », art.cit., p.15.

² ADORNO Theodor W, *Minima moralia...*, op.cit., p.257.

³ DEWITTE Jacques, *La manifestation de soi. Eléments d'une critique philosophique de l'utilitarisme*, op.cit., p.74.

L'amour est tout ce dont on aurait besoin : *All you need is love*, chantaient les Beatles. Pour Erich Fromm, l'amour serait la « seule solution humaine »¹ au problème de l'existence humaine, une existence marquée par la séparation (difficultueuse) avec l'état naturel, instinctuel et déterminé², qui suscite le besoin primordial de la surmonter et de « fuir la prison de sa solitude »³. Amour panacée pour une vie pathologique ? L'omniprésence de l'amour dans la chanson, la littérature, le cinéma, les religions, et dans nos vies quotidiennes, mais aussi dans des vulgarisations savantes (de la biologie à l'histoire, en passant par l'éthologie, la psychologie, la sociologie), contraste avec la difficulté qu'il y a à penser, situer, préciser, la place de l'amour dans l'exercice de la médecine. Des non professionnels évoquent « l'amour médecin » (une qualité de présence, une douceur d'accueil, un soutien encourageant, une capacité à être affecté par le caractère irremplaçable de la présence de l'autre, etc.)⁴, mais s'il y a un thème fort discret dans la littérature clinique, c'est bien celui de l'amour. Et pas uniquement pour la médecine, si on se réfère aux propos de Jean-Luc Marion :

« La philosophie ne dit aujourd'hui plus rien de l'amour, ou si peu. (...) Avec raison, car (...) nous n'avons plus les mots pour le dire, ni les concepts pour le penser, ni les forces pour le célébrer »⁵.

Quelles sont les choses de l'amour qui prennent place dans la pratique médicale ? Mais est-il seulement justifié de parler d'*amour* dans ce champ ? La plupart y ont renoncé. Rares sont les auteurs qui s'interrogent explicitement, comme le fait Lossignol :

« Est-ce qu'un médecin peut agir par « amour » lorsqu'il pose un diagnostic, qu'il pratique une intervention chirurgicale, qu'il aide un enfant à naître, qu'il annonce un pronostic fatal, qu'il aide un patient à mourir ? Ou alors est-ce de la compassion, de l'amitié ? S'agit-il de l'incapacité de supporter la souffrance d'autrui ? Ou s'agit-il plus simplement de morale et de vertu ? »⁶

Il sera le plus souvent question de compassion, de sollicitude, d'empathie, de bienveillance, mais pas d'amour, ni même d'amitié. « La rencontre clinique est une expérience irréductible aux relations habituelles d'affaires, de parenté, de camaraderie, d'amitié ou d'amour »⁷. La confiance peut amener à penser la relation soignante comme amour, mais des difficultés ne manquent pas de surgir⁸. Entre affection, volonté, devoir, ces substituts ont-ils

¹ Après les pseudo-solutions de l'état orgiaque (unité temporaire), du conformisme (pseudo-unité), et de l'activité créatrice (pas d'interpersonnalité). FROMM Erich, *L'art d'aimer* (1956), Paris, Belfond, 2015, p.38. Notons que Fromm parle de désir de fusion interpersonnelle, puis de passion fondamentale, de force sociale, de parade contre la folie ou la destruction de l'humanité.

² On voit qu'il adopte une position opposée à celle de l'anthropologie philosophique (Gehlen par exemple) où l'état de nature (humaine) est caractérisé précisément par l'indétermination.

³ FROMM Erich, *L'art d'aimer*, op.cit., p.25sq. Il renoue ainsi avec le mythe relaté par Aristophane dans le Banquet de Platon : chaque être est la recherche de sa moitié complémentaire. André Comte-Sponville souligne qu'« Aristophane nous dit exactement, sur l'amour, ce que nous voudrions tous croire (c'est l'amour tel qu'on le rêve, l'amour comblé et comblant) » (COMTE-SPONVILLE André, *Petit traité des grandes vertus*, Paris, Presses Universitaires de France, « Perspectives critiques », 1995, p.300).

⁴ JULIEN GRESIN Valérie, « Une part perdue pour le soin ? », in PIERRON Jean-Philippe, VINOT Didier, CHELLE Elisa, *Les valeurs du soin ; Enjeux éthiques, économiques et politiques*, Paris, Seli Arslan, 2018, p.125-134.

⁵ MARION Jean-Luc, *Le phénomène érotique*, Paris, Grasset, 2003, p.9.

⁶ LOSSIGNOL Dominique, « Une réflexion sur l'amour, la médecine et l'euthanasie : Je connais ce que j'aime et j'aime ce que je connais, mais est-ce bien vrai ? », *Revue de Médecine de Bruxelles* 2010 ; 31 : 5-13.

⁷ FOLSCHIED Dominique, « La relation médecin-patient », in : FOLSCHIED D, FEUILLET-LE MINTIER B, MATTEI JF (dir), *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, Paris, PUF, « Thémis Philosophie », 1997, p.247.

⁸ NYS Thomas, « Autonomy, Trust, and Respect », *Journal of Medicine and Philosophy* 2016; 41: 10-24.

dû composer avec la force du désir, la violence des passions, pour les gommer afin de ne conserver que des formes « acceptables » de l'amour ? Si l'amour n'est qu'une passion que l'on subit, force est de constater que les passions sont peu prisées dans la clinique médicale : elles constituent un embarras ! Déjà Galien indiquait quelques difficultés dans le régime des passions : une passion est insatiable, l'insatisfaction domine; nous sommes aveugles aux passions qui nous animent⁹. L'amour s'oppose à la rationalité dont on souhaite la prévalence.

Ou bien est-ce le mot « amour » lui-même qui doit être effacé ? On le trouvait encore dans « l'amour de transfert », mais n'est-ce pas réservé au champ de la psychanalyse ? Les conditions de cette pratique semblent aujourd'hui bien éloignées de la médecine, aussi faudrait-il examiner de près ce qui pourrait en être transposé.

Et puis, ne doit-on pas prendre acte de la disparité des amours ? L'histoire des sociétés exhibe une diversité des formes d'amour produites, prescrites, encouragées ou non¹⁰. Nous serions riches (ou alourdis) d'une tradition philosophico-théologique qui aurait gravé une tripartition entre *erôs*, *philia* et *agapē* (ἀγάπη)¹¹. Chacune des formes se divise elle-même en variétés : par exemple au sein de la *philia* familiale, l'amour d'un enfant pour sa mère n'est pas celui de la mère pour son enfant. Si on s'attarde sur chacune de ces polarités, pourrait-on y préciser des traits qui concernent la pratique médicale ? Ou bien faut-il prendre le parti inverse et réaffirmer l'unité de l'amour en-deçà de sa disparité phénoménale ou de la variété des notions qu'il subsume ? Existe-t-il une spécificité de l'amour en médecine, un « clinicamour » ?

Jean-Luc Marion plaide l'univocité de l'amour, et déplore que nombre de philosophes aient contribué à dédoubler l'amour « en un amour de désir, passionnel, dominé par la subjectivité, et un amour rationnel, éthique, dominé par la norme – pour ne pas employer le concept nihiliste de "valeur" ». Il reconnaît à Platon et à la pensée chrétienne d'avoir évité une telle distinction¹². Se poser la question de savoir ce qu'on entend par amour (est-ce la bienveillance, la charité, le désir, etc.?) « atteste déjà la perte complète de l'univocité essentielle de son concept univoque »¹³. A contrario, Lacan sépare le désir, la passion et le don. Thomas d'Aquin distingue les noms (amour, dilection, charité et amitié) tout en cherchant les articulations au sein d'une « même réalité »¹⁴. Ainsi, selon Mac Evoy, Thomas d'Aquin

« a établi un lien entre l'amor et l'amicitia, puis entre l'amicitia et la caritas, de manière à relier l'amor et la caritas par la médiation de l'amicitia, résolvant ainsi d'une manière originale la difficulté de mettre directement en rapport l'amor et la caritas. Pour le dire autrement, et dans une autre langue, je dirais qu'entre l'*erôs* et l'*agapē*, S. Thomas a inséré

⁹ GALIEN Claude, *Traité des passions de l'âme et de ses erreurs*, trad. Robert Van der Elst, Paris, Delagrave, 1914, p.34.

¹⁰ CITOT Vincent, « Origine, structure et horizon de l'amour », *Le Philosophoire* 2000/1 ;11 : 23-71..

¹¹ Si l'on en croit par exemple COMTE-SPONVILLE André, *Petit traité des grandes vertus*, op.cit.

¹² CITOT Vincent, GODO Pierre, « Entretien avec Jean-Luc Marion », *Le Philosophoire* 2000/1 ;11 : 5-22.

¹³ Ibidem.

¹⁴ D'AQUIN Thomas, *Somme théologique*, (1269-1272), trad. dominicaine, la Ilae, qu. 26, a. 3 « Il existe quatre noms plus ou moins relatifs à la même réalité : amour, dilection, charité et amitié. Ils diffèrent cependant, car d'après Aristote, l'amitié est comme un habitus ; l'amour et la dilection sont désignés à la manière d'un acte ou d'une passion ; quant à la charité, elle peut se prendre dans les deux sens ».

la *philia* comme seul concept susceptible de combler l'hiatus entre les deux autres notions »¹⁵.

Par contraste avec ces hésitations, certaines déclarations sonnent comme un cri du cœur : ainsi, dans une lettre à son ami et collègue David Khayat, le cancérologue américain Michael Bishop partage une réflexion qu'il tire en considérant sa carrière professionnelle : l'amour pour les malades est le cœur de la médecine, le sens profond de l'acte médical.

« Je me suis trompé sur le sens de notre métier, sur le sens de l'acte médical, la médecine, la vraie, celle du Bien, n'est jamais la simple pratique d'actes techniques froids sur des êtres insensibles. Elle est d'abord et avant tout compassion, amour, écoute de cet être malade, elle est réconfort. Elle est, comment te dire... Elle est d'abord don de soi, don volontaire, quotidien, parce que ce don, cet amour est la seule bonne réponse, le seul vrai barrage à la souffrance, à la peur, à la solitude de la maladie. La prouesse technologique, scientifique ne trouve son sens que si elle reconnaît l'autre, le patient, comme la seule, la vraie raison de l'acte médical. Que si elle reconnaît en l'autre affaibli, malade désespéré, une intégrité, une vérité, qui est la sienne que rien ne permet de s'approprier et de transgresser. Cette vie, cette destinée est la sienne et rien ne doit nous autoriser à l'en déposséder »¹⁶.

Alors que l'amour de transfert (Freud) décrivait les sentiments qui se portent sur la personne du médecin, ici il est question du médecin comme aimant. Si l'amour est un rapport entre un sujet qui aime et un objet aimé¹⁷, ou un rapport entre deux sujets, alors il faut distinguer deux places, celle de l'amant (l'éraсте) et celle de l'aimé (l'éromène). A quelle place est le médecin, à quelle place le malade ? Occupent-ils donc les deux positions ? Est-ce tour à tour ? S'agit-il alors de réciprocité, qualité rattachée à la *philia* ? L'amour de transfert n'est en rien un échange. Winnicott précisait par exemple que nous ne devons pas attendre des satisfactions émotionnelles d'amour ou de haine dans les relations professionnelles¹⁸. Mais un « patient partenaire »¹⁹ et un médecin avec qui s'établit une relation contractuelle ayant évacué toute trace de paternalisme²⁰ sont-ils encore un aimé et/ou un aimant ? Ne faut-il pas prendre acte de l'obsolescence de toute référence à l'amour ? Un médecin d'aujourd'hui ne sourirait-il pas avec quelque condescendance s'il entendait ces mots de Lain Entralgo : « lorsque l'assistance médicale est ce qu'elle doit être, le lien qui unit médecin et malade est l'amour »²¹.

¹⁵ MCEVOY James, « Amitié, attirance et amour chez S. Thomas d'Aquin », *Revue Philosophique de Louvain* 1993 ; 91 : 383-408.

¹⁶ Michael BISHOP, « Lettre à David », *Le coffre aux âmes*, cité par KHAYAT David, *De Larmes et de sang*, Paris, Odile Jacob, 2013, p. 189

¹⁷ Comme l'affirme par exemple le théologien Anders NYGREN, « Éros et agapè », *Revue du MAUSS* 2008/2 ;32 :165-72.

¹⁸ MARIN Claire, WORMS Frédéric (dir), *A quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott*, Paris, Presses Universitaires de France, « Questions de soin », 2015, p.30. On trouve déjà ce genre de remarques chez Freud, par exemple, dans *L'Abrégé* de 1938 : « l'analyste veille à ce que ni les sentiments amoureux ni les sentiments hostiles n'atteignent un degré excessif ». Attention, il ne s'agit pas d'énoncer une morale, mais d'une recommandation technique : il s'agit en l'occurrence de montrer au patient que ce qu'il prend pour une réalité nouvelle n'est qu'un reflet du passé, et de l'empêcher de « tomber dans un état dont aucun raisonnement probant n'arriverait à le faire sortir ». FREUD Sigmund, *Abrégé de psychanalyse*, op.cit., p.45.

¹⁹ POMEY Marie-Pascale, FLORA Luigi, KARAZIVAN Philippe et al., « Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé », *Santé Publique* 2015/HS (S1) : 41-50.

²⁰ LAUDE Anne, « Les médecins et les malades face au droit », *Revue française d'administration publique* 2005 ;113 (1) : 113-20.

²¹ LAIN ENTRALGO Pedro, *Le médecin et le malade*, op.cit., p.159.

On lit sous la plume de Bishop « compassion », « écoute », « réconfort », « reconnaissance », « don de soi » côté médecin, et « souffrance », « peur », « solitude », « faiblesse », « désespoir » côté malade. On aurait pu alors risquer les termes de « pitié » ou de « charité », mais ces mots sont encore plus à l'abandon, recouverts (?) par leurs avatars que sont la fraternité, la solidarité, l'action humanitaire. Leur place n'est pas plus assurée au sein de l'exercice médical, en-dehors de l'intervention d'équipes spécialisées sur les terrains de conflits et de catastrophes, ici ou ailleurs. La charité excite trop l'asymétrie des places et le spectre de la domination. Le paternalisme dont la charité semble comme encombrée est d'ailleurs combattu au nom de l'autonomie, même si d'un autre côté, on insiste sur la vulnérabilité. Mais si sa caricature (l'affirmation unilatérale par le médecin de son pouvoir) ne rencontre plus de partisans officiels, la figure paternelle a-t-elle été gommée également, à savoir celle d'un amour désintéressé comme peut l'être celui d'un père pour son enfant²² ?

Pourtant, la dernière révision (2017) de la Déclaration de Genève, serment médical adopté par l'assemblée générale de l'Association médicale mondiale à Genève en septembre 1948, débute ainsi :

« En tant que membre de la profession médicale, je fais le serment solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité. La santé et le bien-être de mon patient seront ma priorité »²³.

N'est-ce pas, à sa manière, une déclaration d'amour ? Sinon, à quoi « accrocher », dans la vie mondaine et les jeux de langage usuels, cette idée, cet idéal, du médecin qui s'efforce de respecter les personnes au-delà de la seule obtention du « consentement éclairé », qui s'emploie à servir les intérêts du malade en leur accordant la priorité sur tous les autres, et donc sur les siens ? Refuser tout paternalisme, n'est-ce pas alors aussi refuser l'amour, refuser que l'amour entre en considération dans le champ médical ?

En tout cas, remarquons que cet engagement répond à certaines définitions de l'amour, par exemple celle proposée par Stonestreet :

« L'amour (*love*) pour quelqu'un ou quelque chose est une attitude qui implique une préoccupation (*concern*) pour un objet particulier et son bien propre (pas en tant qu'instance d'un type), et qui lui confère une importance personnelle qui va au-delà de sa valeur impersonnelle. (...) Les actes d'amour sont accomplis pour le bénéfice de l'aimé »²⁴.

Stonestreet remarque à juste titre que, dans le cours de sa vie, on n'aime pas toutes les personnes rencontrées, alors même qu'elles possèdent chacune une valeur impersonnelle. Nous nous investissons émotionnellement envers certains et pas d'autres. L'investissement volitionnel et émotionnel est le cœur de l'amour, et sa marque distinctive. La déclaration de Genève étend la promesse envers tout patient, ce qui semble d'autant plus difficile pour le médecin que l'amour rend vulnérable. Le serment de Genève ne parle pas d'amour. Pourtant, si on retient la définition de Stonestreet citée à l'instant, ne peut-on pas constater que la préoccupation et les actes accomplis pour le bien d'un autre individualisé caractérisent

²² Nous n'entrerons pas ici dans les distinctions qu'on devrait faire entre figure paternelle et figure maternelle, car jamais le « maternalisme » médical n'a été prôné ou vilipendé.

²³ PARSIA-PARSI RW, « The revised declaration of Geneva. A modern-day physician's pledge », *JAMA* 2017, 14:e1-e2.

²⁴ STONESTREET Erica Lucas, « Love as a regulative ideal in surrogate decision making », *Journal of Medicine and Philosophy* 2014; 39: 523-542.

l'attitude recommandée en médecine au nom du principe de bienfaisance²⁵? Or si « l'aimance c'est comme faire quelque chose » (*philēsis poiēsei eoiken*)²⁶, ne peut-on pas simplement en inférer que faire quelque bien pour autrui, c'est l'aimer ? En tant que *poiesis*, la médecine *fait-elle* (de) l'amour ?

Les guides de bonnes pratiques énumèrent les devoirs des médecins sans jamais mentionner l'amour. Par exemple, le premier devoir des médecins britanniques rappelle le serment de l'Association médicale mondiale : *Make the care of your patient your first concern*²⁷. C'est le propre du « bon médecin » que d'agir selon ce devoir. En quoi cela est-il différent d'un devoir d'aimer ? Selon ce guide, un bon médecin a « de bonnes relations » avec le patient, il travaille avec lui « en partenariat », il respecte ses droits et sa dignité, le traite « comme un individu ». En aucun cas il ne peut user de sa position pour avoir des relations sexuelles ni une relation émotionnelle « non conforme » avec un patient ou un proche du patient²⁸. S'agit-il seulement, en refusant de parler d'amour, de se tenir à distance de la romance et du sexe ? Ou bien pressent-on qu'un *devoir d'aimer* contient une contradiction dans les termes, contradiction avec laquelle Kant s'est débattu ?

Cette frilosité à parler d'amour en médecine a bien entendu ses motifs. Les approches sociologiques préfèrent souvent ne pas se mêler de psychologie²⁹. On a pressenti les embarras de la proximité de l'amour avec le désir et la passion, la tension relationnelle entre asymétrie combattue et réciprocité incertaine, le risque d'exclusivité, les ambiguïtés d'un devoir d'aimer. On voit pourtant, dans le sillage de l'éthique du *care*, fleurir timidement une nouvelle notion, celle du « professional loving care »³⁰. Si le terme assume une transgression délibérée des limites morales habituelles, en réintroduisant le mot « amour » dans le domaine public, sa source n'est pas théorique mais est à trouver dans l'affection et le respect qui existent de fait entre les soignants et leurs patients.

« Les patients disent qu'ils apprécient tel médecin ou telle infirmière, qu'ils les aiment et les respectent, parfois qu'ils ne les oublieront jamais. Les professionnels du soin disent qu'ils aiment réellement leur patients, peut-être pas tous et tout le temps, mais certains d'entre eux »³¹.

On assiste aussi à une inflexion vers une éthique plus située, plus ancrée dans les situations réelles, plus « naturalisée » que ne l'était l'éthique adossée à des principes abstraits universels³². Mais les obstacles demeurent : Nys par exemple constate l'importance de la confiance, critique pour ses insuffisances le modèle consumériste d'une confiance fondée sur des intérêts convergents et encapsulés, avant d'affirmer qu'une confiance solide est associée à

²⁵ BEAUCHAMP Tom L, CHILDRESS James F, *Les principes de l'éthique biomédicale*, op.cit.

²⁶ ARISTOTE, *Ethique à Nicomaque*, 1168a19. Tricot traduit ainsi : « aimer est semblable à un processus de production ».

²⁷ GENERAL MEDICAL COUNCIL, *Good medical practice*, 2013. www.gmc-uk.org/guidance.

²⁸ Ibidem.

²⁹ Fainzaing écrit par exemple ceci : « En tant que relation sociale, la relation thérapeutique contient inévitablement de la collaboration et de la complicité, mais aussi du conflit, de la crainte ou de la compétition ». FAINZAING Sylvie, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, op.cit., p.147-8.

³⁰ VAN HEIJST Annelies, « Professional Loving Care and the Bearable Heaviness of Being », in Hilde LINDEMANN, Marian VERKERK, Margaret URBAN-WALKER (dir), *Naturalized Bioethics Toward Responsible Knowing and Practice*, Cambridge University Press, 2008, p.199-217.

³¹ Ibidem.

³² LINDEMANN Hilde, et al., *Naturalized bioethics toward responsible knowing and practice*, op.cit.

l'amour en prenant modèle de l'amour parental désintéressé. La confiance comme l'amour n'ont pas de « bonnes raisons » qui les expliquent : ils se constatent dans des actes et des sentiments. Et c'est ici qu'il retrouve les difficultés que nous avons déjà mentionnées quand il s'agit de transposer ces réflexions au monde de la santé : il n'est pas possible de relier le « faire confiance » à des preuves d'amour, ni de commander l'amour aux soignants. Nous voulons des professionnels impartiaux³³, au moins jusqu'à un certain point ; nous ne voulons pas que leur compétences médicales soient obscurcies ou compromises à cause de l'amour qu'ils nous portent. Ils doivent pouvoir garder leurs distances, bien que ce soit la *même distance* qui leur permet de trahir notre confiance³⁴.

Garder ses distances ? Mais si la biomédecine est louée pour ses avancées techniques, elle est blâmée précisément quand elle laisse à distance de ses préoccupations le malade, son expérience, ses craintes, son incertitude angoissée : ce qui devrait ne pas être oublié, dit Cassel, est que la médecine est adressée à la personne, et qu'elle doit être pratiquée par une personne³⁵. Des praticiens de médecines douces s'emploient parfois à parler d'amour³⁶, mais omettent la biomédecine, ce qui ne saurait être généralisé. Faut-il alors choisir : la technique ou l'amour, avec un *vel* exclusif ? On ne saurait s'y résoudre trop facilement. Dans l'expérience analytique, l'amour s'invite sans avoir été voulu, cherché, réfléchi, ou recommandé³⁷. Y a d'l'amour ! Qu'en fait-on alors ? Il y reçut un nouveau nom, celui de transfert³⁸ et Freud l'a situé à la fois comme un moteur primordial pour la cure et comme une source d'embarras et de résistance à l'avancée du traitement³⁹. Se pourrait-il qu'il en aille de même en médecine ? La notion de contre-transfert (un contre-amour ?) a été forgée et débattue dans le champ freudien pour parler de ce qui se passe côté médecin : motif à controverses ! Décidemment, rien n'est simple en médecine quand l'amour est de la partie.

Dans la littérature académique, la nature, le rôle technique éventuel, la valeur morale des sentiments éprouvés par le médecin sont diversement appréciés. On doit s'interroger sur cette variété : est-elle le résultat d'une cacophonie conceptuelle (autrement dit : les auteurs auraient davantage de points d'accord entre eux que ne le laisse paraître la simple juxtaposition comparative de certains de leurs propos) ? Reflète-t-elle une diversité de métiers (autrement dit, selon la spécialité médicale exercée, tel type d'amour est plus ou moins pertinent, ajusté à la situation : par exemple, ce qui pourrait être recommandé, techniquement et moralement, à un chirurgien et à un psychiatre, est-il différent) ? Ou bien encore est-elle le reflet d'une diversité de styles, de manières d'exercer (chacune d'elle comportant des avantages et des inconvénients,

³³ L'attitude recommandée par le principe de justice est un engagement égal, qui n'élit pas certains malades comme objets particuliers d'attentions ou de sentiments. L'amour n'est-il pas, au contraire, porteur d'inégalité ? Et s'il ne l'est pas, est-ce encore de l'amour ? Mais peut-on imaginer que *chaque* malade soit élevé au rang d'élite pour les priorités du médecin, sans pour autant jamais provoquer l'amour ni la haine ?

³⁴ NYS Thomas, « Autonomy, Trust, and Respect », art.cit.

³⁵ CASSEL Eric, *The healer's art*, Cambridge (Massachusetts), Presses du MIT, 3e éd., 1985, p.113-114

³⁶ DI STEFANO Vincent, « Of love and medicine », *Journal of the New Zealand Association of Medical Herbalists* 2011; 11 (1): 8-9.

³⁷ FREUD Sigmund, *Introduction à la psychanalyse*, op.cit., p.416 (Leçon 27 sur le transfert): « nous ne tardons pas à voir se présenter un autre fait auquel nous n'étions nullement préparés. Nous nous apercevons notamment, au bout de très peu de temps, que ces malades se comportent envers nous d'une façon tout à fait singulière ».

³⁸ ALLOUCH Jean, *L'amour Lacan*, Paris, Epel, 2009, p.10.

³⁹ « Le transfert devient ainsi la véritable force motrice de la participation du patient au travail analytique ». FREUD Sigmund, *Abrégé de psychanalyse*, op.cit., p.49.

des bienfaits et des écueils) ? L'obligation de bienfaisance est-elle une manière de dissoudre les difficultés comme les émotions ?

Nombre d'obstacles semblent ainsi dressés sur le chemin d'une investigation qui prendrait pour objet l'érotique médicale. Nous justifions l'emploi du substantif *érotique* comme terme générique pour englober sans distinction *a priori* tous les aspects de l'amour : affection, sentiments tendres, attachement, passion amoureuse, amitié, transfert, commandement moral, etc. De fait, nous ne voulons pas, pour le moment, trancher, et plutôt tenter de nous défaire des évidences. Car cette enquête est nécessaire. La demande d'amour contenue dans l'adresse au médecin, l'amour de transfert, le contre-transfert, sont des raisons suffisantes pour s'y engager. Si les médecins sont (ou du moins ont été) diserts sur le transfert, ils se sont généralement tus sur l'amour. Or l'érotique médicale est une pièce indispensable à étudier pour quiconque entreprend de penser l'éthique de la relation médecin-malade. Mais le médecin est aussi une adresse possible pour le traitement des passions, et, comme son lointain confrère Eryximaque, jadis convive du *Banquet*, il est supposé être passé maître dans les mouvements d'*erôs*⁴⁰. La demande et le corps, soit les deux axes selon lesquels nous avons présenté la clinique qui a lieu, concernent *Erôs*, que ce soit côté malade (demande/besoin/désir – corps/plaisir/jouissance), ou côté médecin : sa doctrine, ses représentations/croyances, la manière dont se règlent pour lui ces questions de la demande et du corps, n'ont-ils rien à voir avec l'amour pour l'autre, du moins avec le désir investi dans la pratique, qui l'orientent vers telle ou telle action ? Galien préconisait, pour demander la vérité sur soi-même de s'adresser à un sage qui a dominé ses passions, car, si on ne peut se juger soi-même, « puisque nous nous aimons trop », il est possible de juger un autre « qui ne vous soit ni cher ni suspect »⁴¹. Ni cher, ni suspect : ni amour ni haine ; est-ce – de Galien à Winnicott – une indication technique et/ou une recommandation morale ? Foucault remarque que chez Galien on ne trouve plus le lien entre *philia* et aide dans le souci de soi, lien qui était présent chez Platon comme chez Sénèque⁴².

Nous commencerons notre investigation par l'examen de ce qu'on pourrait appeler notre héritage conceptuel. Quiconque entreprend de parler de l'amour en médecine commence par situer son propos au regard de trois formes : *erôs*, *philia* et *agapē*. Il nous semble nécessaire d'intégrer dans ce premier volet la question du devoir d'aimer, et de discuter l'unité de la notion d'amour. Dans un deuxième volet nous étudierons l'amour de transfert, côté patient et côté médecin, en nous appuyant bien entendu sur la psychanalyse. Il apparaîtra alors légitime d'évoquer dans un troisième volet une disposition érotique particulière, celle du *therapôn*, pour rendre compte de la coloration que prend la relation au malade dans des situations de catastrophe. Mais cet arpentage de l'érotique médicale doit aussi prendre en compte ce qu'on appellera les réprobations d'*Erôs*, qu'elles soient déguisées sous une discussion au sujet de la pudeur, ou explicites dans l'interdiction qui frappe romance et sexe entre médecin et malade.

⁴⁰ PLATON, *Banq.* 186c.

⁴¹ GALIEN Claude, *Traité des passions de l'âme et de ses erreurs*, op.cit., p.35 : « Comment donc quelqu'un viendrait-il à bout de ses passions s'il ne reconnaissait d'abord qu'il les a ? Mais les reconnaître, cela nous est impossible, comme nous l'avons dit, puisque nous nous aimons trop. Cette thèse vous autorise non pas à vous juger vous-même mais à pouvoir juger un autre qui ne vous soit ni cher ni suspect ».

⁴² FOUCAULT Michel, *Dire vrai sur soi-même. Conférences prononcées à l'Université Victoria de Toronto, 1982*, Paris, Vrin, « Philosophie du présent », 2017, p.262.

A. NOTRE HERITAGE CONCEPTUEL

Erôs, philia, agapē. A première vue, la distinction est aisée entre ces trois polarités ou formes de l'amour, qui en offrent une version disparate et diffractée entre des acceptions divergentes, dont les deux pôles extrêmes seraient *erôs* et *agapē*. Relèveraient d'*erôs* l'amour physique, la passion, le désir qui cherche à obtenir et posséder ce qui manque. La médecine devrait s'en garder, et parler d'érotisme médicale évoque davantage l'érotisme interdit que le désir tourné vers le bien. A la *philia* on associe l'amitié, l'estime mutuelle, la relation réciproque entre deux égaux, les sentiments affectueux. Eventuellement mise à contribution pour penser les relations dans une équipe soignante, la *philia* ne conviendrait pas non plus pour décrire correctement la relation aux malades. L'*agapē* correspondrait mieux, en première analyse, car l'insistance est davantage morale et l'asymétrie des conditions assumée : « construite sur le Don, l'acte gratuit, elle échappe au désir et affranchit toute pratique de la réciprocité, le don n'appelant pas de contre-don »⁴³. Mais l'amour-*agapē* a contre lui d'être associé à la perspective chrétienne de l'amour de Dieu pour les hommes et du commandement de l'amour du prochain dont la perspective sacrificielle rebute.

Selon Citot, qui se refuse à considérer l'amour comme un phénomène *sui generis*, cette distinction classique doit être envisagée au regard de sa psychogénèse, c'est-à-dire des phases d'investissement affectif que tout un chacun est supposé traverser : « l'amour-passion (qui est un amour-désir), l'amour-affection (qui est l'amour proprement dit) et l'amour-action (qui devient bonté et générosité) »⁴⁴. Si on le suit, l'amour « proprement dit » serait la *philia*⁴⁵. Mais il entend proposer un correctif à la distinction classique, puisque « l'amour-action au sens où nous l'entendons n'a rien de l'amour universel et abstrait de l'*agapē* »⁴⁶. Pour Citot, l'amour est donc à comprendre comme inscrit dans la logique du vivant : si l'individu a besoin des autres pour sa conservation et sa survie, la société a besoin du désir sexuel (qui pousse à la reproduction) pour sa propre survie. Les contraintes vitales de la pulsion et de l'affection favorisent davantage cette adaptation vitale mutuelle que la raison ou l'intelligence. « L'amour y trouve son origine phylo- et psycho-génétique », il est « l'*Aufhebung* du désir et de l'affection ». Notre but n'est pas de discuter cette position⁴⁷, qui laisse d'ailleurs intacte la question de savoir comment les pulsions se transforment en amour, mais d'indiquer à travers elle la difficulté du questionnement pour la médecine : faut-il distinguer ainsi désir, affection et action, qu'on les nomme ainsi ou par leurs noms anciens ?

Nous nous en tiendrons, au seuil de notre recherche, aux trois figures les plus classiques⁴⁸. C'est en effet par un retour en arrière que nous débutons notre enquête. Si *philia* nous amènera

⁴³ GROLLEAU Frédéric, « L'amour est-il raisonnable ? », *Le Philosophoire* 2000/1 ;11 : 73-84.

⁴⁴ CITOT Vincent, « Origine, structure et horizon de l'amour », art.cit.

⁴⁵ Par contre, il qualifie plus loin la *philia* de glue sociale. « Si l'on veut, contre tout angélisme mystificateur, comprendre ce qu'est l'amour, il faudra commencer par comprendre sa double relation au désir (*éros*) et à cette sorte de glue sociale qu'est l'affection (*philia*) ». CITOT Vincent, *ibidem*.

⁴⁶ *Ibidem*.

⁴⁷ Nous en présenterons plus loin la version kantienne développée dans « Conjectures sur le commencement de l'histoire humaine ».

⁴⁸ Notons ici, que certains auteurs en ajoutent une quatrième, « storge » (στοργή *storgē*) : affection familiale, amour des parents pour leurs enfants (et pour leurs animaux de compagnie, par extension moderne). GALLAGHER Ann,

à nous pencher sur l'*Ethique à Nicomaque*, *erôs* nous fait remonter au *Banquet* de Platon. Nous ne ferons qu'un bref détour par la théologie pour *agapē*. Ce qui nous intéresse dans ces prises de distance, ce sont les interrogations qu'elles font naître pour notre questionnement d'aujourd'hui. Nous n'ignorons pas que d'autres facettes de l'amour (amour courtois, amour mystique) ont été décrites. Nous verrons plus loin que les frontières entre *erôs*, *philia* et *agapē* ne sont pas très bien délimitées et qu'on peut leur opposer l'unité d'un concept relevant d'une « rationalité érotique »⁴⁹. C'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles nous plaçons notre enquête sous le signe unitaire d'une érotique médicale. Nous n'ignorons pas non plus que la distinction conceptuelle entre *erôs* et *philia* est malaisée pour les modernes, car dans le monde grec, « aucun terme, à proprement parler, ne traduit la catégorie non sentimentale et exclusivement pratique que représente "sexualité" »⁵⁰. Nous ne prétendons pas faire une histoire des idées, mais nous laisser questionner par les textes.

Après un triple parcours dans ces figures anciennes de l'amour, nous effectuerons un saut vers Kant, pour examiner la question du devoir d'aimer, qui ne peut être écartée d'une réflexion sur l'érotique médicale.

A.1 EROS

Il faut faire le constat qu'*erôs* est victime, dans le champ médical, d'un oubli et/ou d'une réprobation, celle-ci étant peut-être la raison de celui-là. « Est-il question de désir et de manque en pratique médicale ? Cela revêtirait peu de sens »⁵¹. Portant à la souffrance, à l'illusion et à la désillusion, *erôs* ne convient pas dans le cadre des professions de soins, en tant qu'il expose aux conduites et autres abus sexuels. Telle est la vulgate, y compris dans les rares articles qui traitent frontalement de l'amour en médecine⁵². Cela ne nous arrêtera pas pour autant. Nous reviendrons à la fin du chapitre sur la question de la romance et du sexe entre médecins et malades.

1.1. Instruits par le Banquet

Tel qu'il est exposé par Platon, le *Banquet* est le récit (fait par Appolodore⁵³ à Glaucon) d'un autre récit (d'Aristodème à Appolodore), lequel rapporte une soirée chez Agathon et les éloges que l'on y a fait d'*Erôs*, le dieu de l'amour⁵⁴. Le texte est écrit plus de trente ans après la

WATSON Fraje, FITZPATRICK Noel, « Love as a core value in veterinary and medical practice: Towards a humanimal clinical ethics? », *Clinical Ethics* 2018;13(1): 1-8. Nous ne retiendrons pas le terme, car nous verrons que la *philia* aristotélicienne recouvre aussi ces liens asymétriques.

⁴⁹ MARION Jean-Luc, *Le phénomène érotique*, op.cit.

⁵⁰ DE OLIVEIRA GOMES Claudia, « Le contraire de la *philia*. Le tyran et l'*Érôs* », *Parlement[s], Revue d'histoire politique* 2016/3 ;HS 11 : 21-32.

⁵¹ LOSSIGNOL Dominique, « Une réflexion sur l'amour... », art.cit.

⁵² GALLAGHER Ann, WATSON Fraje, FITZPATRICK Noel, « Love as a core value... », art.cit.

⁵³ Un disciple pauvre de Socrate (RYLE Gilbert, *L'itinéraire de Platon*, Paris, Vrin, 2003, p.123).

⁵⁴ Pour Martha Nussbaum, « cette mise en abyme (...) nous fait prendre conscience à chaque étape de la fragilité de notre connaissance de l'amour ». NUSSBAUM Martha C, *Fragility of Goodness*, Cambridge, Cambridge University Press, 1986. *La fragilité du bien, fortune et éthique dans la tragédie et la philosophie grecques*, Paris, L'Eclat, 2016, p.205. Leo Bersani estime que ce début alambiqué indique que nous n'avons affaire qu'à un compte-rendu sélectif et

date où la fête qui est racontée est supposée avoir eu lieu⁵⁵. Beaucoup d'analyses de ce texte ont été produites, mais nous nous concentrerons ici sur le texte lui-même, sans trop nous soucier du contexte de sa production⁵⁶, dans l'idée de nous laisser interpeller et guider dans notre propre quête. Notre désir de lecture est donc celui-ci : quelles questions posent aujourd'hui le texte du *Banquet* à qui réfléchit à l'instance d'*erôs* dans la clinique médicale ? Nous y prélevons des fragments susceptibles de soulever des questions pour la pratique. Certaines seront dépliées sur le champ, d'autres seront reprises plus loin.

1.1.1. *Erôs divin*

Le discours d'Aristophane est probablement le plus connu. Non pas pour ce qu'il affirme d'Erôs, le dieu le mieux disposé envers les hommes, mais plutôt pour le mythe qu'il rapporte d'êtres humains initialement sphériques puis coupés en deux, chaque être séparé étant, pressé par le désir, à la recherche de sa moitié complémentaire : une fois qu'il l'a trouvée, les deux sont « saisis par le sentiment d'amitié (*philia*), par l'affinité (*oikeiotès*) et par la passion amoureuse (*erôs*) » (*Banq.* 192b), et prêts à rester unis jusqu'à la mort. Cette quête de la complétude a pour nom *erôs*⁵⁷. Pour André Comte-Sponville, « Aristophane nous dit exactement, sur l'amour, ce que nous voudrions tous croire (c'est l'amour tel qu'on le rêve, l'amour comblé et comblant) »⁵⁸. Cet amour-là, comblé-comblant, est prohibé par l'institution médicale : le médecin n'est pas supposé trouver sa moitié dans un malade, et réciproquement : ni romance, ni sexe ne sont convenables.

Mais si Erôs est le dieu le mieux disposé envers les hommes, c'est parce qu'il leur porte secours, qu'il est leur médecin (sic !) et les guérit de maux dont la guérison constitue le bonheur le plus grand (*Banq.* 189d). Erôs médecin, parce que l'amour est une bonne disposition, secourable et bienfaisante. Si le dieu Erôs est médecin en tant qu'il est secourable et bienfaisant, le médecin se prend-il pour un dieu⁵⁹ ? Ne retrouve-t-on pas alors, dans un registre moralement acceptable voire loué, l'idée d'un couple malade-médecin, comblé-comblant sur le mode « demande de dépendance – puissance bienfaisante » ? L'abus de position dominante est, on le verra, précisément le motif d'interdiction des romances entre le médecin et ses malades. A contrario, un médecin équipé de techniques pharmaceutiques puissantes – secourables et bienfaisantes par elles-mêmes – s'imagine-t-il dispensé *ipso facto* d'adopter et d'entretenir cette disposition favorable d'inspiration divine ?

approximatif des discours effectivement prononcés. BERSANI Leo, *Sexthétique*, Paris, Epel, « Les grands classiques de l'érotologie moderne », 2011, p.150.

⁵⁵ RYLE Gilbert, *L'itinéraire de Platon*, op.cit. p.32.

⁵⁶ Halperin dit qu'il aurait été impossible à un Grec de l'époque de lire le *Banquet* sans ironie. « C'est comme si un écrivain contemporain racontait une beuverie de toute une nuit, à la veille de la guerre d'Algérie, qui réunirait Pierre Mendès France, Jean Genet, Alain Delon, Jacques Maritain, Edith Piaf, Jean Cocteau, Georges Canguilhem et Alain Resnais ». HALPERIN David M, *Amour et ironie. Six remarques sur l'eros platonicien*, trad. Isabelle Chatelet, Paris, L'Unebèvue éditeur, « Cahiers de l'Unebèvue », 2005, p.38.

⁵⁷ Freud y fait allusion pour illustrer l'idée qu'une pulsion pourrait dériver du besoin de rétablir un état antérieur. FREUD Sigmund, « Au-delà du principe de plaisir » (1920), trad. S. Jankélévitch, *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981, p. 106-7.

⁵⁸ COMTE-SPONVILLE André, *Petit traité des grandes vertus*, op.cit., p.300.

⁵⁹ On peut rappeler ici une devinette classique des anciennes salles de garde : – Quelle est la différence entre Dieu et un chirurgien ? – Dieu ne se prend pas pour un chirurgien !

Mais le premier discours sur Erôs est celui de Phèdre. Erôs, une des divinités les plus anciennes (*Banq.* 178c), est la source des biens les plus grands. C'est l'amour de l'éraсте pour l'éromène qui rend manifeste le principe devant inspirer pendant toute leur vie les hommes qui cherchent à vivre comme il faut. L'homme inspiré par l'amour fait les choses les plus grandes et les plus belles, car il fuit la honte que serait d'être lâche devant son aimé (s'il est l'amant) ou devant son amant (s'il est l'aimé). Il est donc en quelque sorte porté à l'exploit, stimulé à accomplir des choses grandes et belles dans lesquelles il ne se risquerait pas sans l'inspiration d'Erôs. Cet exploit va jusqu'au sacrifice : mourir pour autrui, c'est ce à quoi seuls consentent ceux qui sont amoureux (*Banq.* 179b)⁶⁰. Vient alors la mention d'Achille et de Patrocle, et une première discussion sur les mérites respectifs de l'amant (Patrocle) et de l'aimé (Achille).

« En fait, s'il est vrai que les dieux honorent au plus haut point la valeur qu'Erôs inspire, ils admirent, estiment et récompensent encore plus le sentiment de l'aimé pour l'amant que celui de l'amant pour l'aimé, car l'amant est chose plus divine que l'aimé, puisqu'un dieu l'inspire » (*Banq.* 180b).

Luc Brisson souligne que si l'éraсте, plus âgé, poussé par Erôs, poursuit de ses avances un éromène plus jeune, ce dernier est animé par « l'affection, la gratitude et l'admiration, sentiments que regroupe le terme *philia*⁶¹ ». Jean Allouch remarque que « le sacrifice d'Achille, l'aimé, ne tient pas au fait que Patrocle était aimable (il était l'amant), mais au fait qu'il (Achille) l'aimait, qu'il l'aime dans ce sacrifice même »⁶². Nous reviendrons sur ces positions avec l'amour de transfert, et sur les personnages d'Achille et de Patrocle à propos du *therapôn*.

Pausanias objecte qu'il y a deux Erôs parce qu'il y a deux Aphrodite, la fille d'Ouranos qui n'a pas de mère, Aphrodite céleste, et l'autre, Aphrodite vulgaire, fille de Zeus et de Dionè. Erôs qui coopère avec Aphrodite est donc double aussi : le vulgaire (populaire) et le céleste. Nous n'entrerons pas dans tous les détails de ces deux amours, mais nous notons que la question érotique est liée à une éthique (rectitude) et à une esthétique (beauté). En effet, comme il est connu, le problème moral de l'époque, pour le couple éraсте [adulte] /éromène [jeune garçon] était le suivant : l'aimé, s'il est aimable, ne doit pas se complaire à une position passive, ni y prendre plaisir, car il doit déjà manifester des indices annonçant sa valeur future, et notamment une maîtrise de soi ; l'amant, tout en étant porté à le séduire et à jouer un rôle exclusivement actif dans les rapprochements sexuels, ne peut donc souhaiter véritablement que son aimé se cantonne à une position passive⁶³. Mais pour Pausanias tout est permis, y compris les conduites les plus extravagantes et jusqu'à se rendre esclave, si c'est par amour⁶⁴. De même

⁶⁰ Dans des proportions bien plus modestes, l'engagement du serment de Genève est-il pensable sans ce principe ? Encore faut-il s'entendre sur les places respectives de l'amant et de l'aimé !

⁶¹ BRISSON Luc, « Introduction », in PLATON, *Le Banquet*, trad. Luc Brisson, Paris, Flammarion, 2007, p. 59-60.

⁶² ALLOUCH Jean, *L'amour Lacan*, op.cit., p.189.

⁶³ Cf. HALPERIN David M, *Platon et la réciprocité érotique*, trad. Guy Le Gaufeur, George-Henri Melenotte, Paris, Epel, « Cahiers de l'Unebévue », 2000. FOUCAULT Michel, *L'usage des plaisirs*, op.cit. ; Voir aussi PLATON, *Phèdre*, 231e, qui se place du point de vue de l'éromène « supposons que tu craignes, que, en vertu de la règle établie, ta conduite, lorsqu'elle sera connue publiquement, n'entraîne sur toi l'opprobre ». Michel Feher analyse la situation un peu différemment : « L'estime due au garçon dont il se déclare épris tend à retenir un éraсте de réclamer des plaisirs qu'un jeune homme aimable ne peut partager, tandis que le respect que ce même éraсте doit à la noblesse du sentiment amoureux dont il se dit la proie tend à le détourner d'un éromène susceptible de jouir physiquement de sa position d'aimé ». FEHER Michel, « Les laboratoires de l'amour. Le dilemme de l'éraсте », *Vacarme* 2004/4 ; 29 :110-7.

⁶⁴ « Celui qui est amoureux reçoit de tous de chaleureux encouragements, comme s'il ne commettait aucun acte honteux : a-t-il fait une conquête, on juge que c'est pour lui une belle chose, et s'il y échoue, on estime que c'est là

qu'une action en elle-même n'est ni belle ni honteuse, mais que ce qui peut la qualifier renvoie à la manière de l'accomplir, avec beauté et dans la rectitude⁶⁵, de même pour l'amour : seul est digne d'éloge Erôs qui incite au bel amour, celui-là même qui oblige amant et aimé à prendre eux-mêmes soin d'eux-mêmes pour devenir vertueux (*Banq.* 185c). Nous retrouverons ultérieurement, au chapitre consacré à l'éthique, la question de la *sôphrosunê* (maîtrise de soi) côté médecin-éromène.

Eryximaque qui prend la parole ensuite⁶⁶ précise que la distinction établie par Pausanias entre deux Erôs ne concerne pas seulement les âmes des humains qui recherchent de beaux humains, mais qu'on trouve ces deux amours dans tous les corps vivants (*Banq.* 186a). Notons que la perspective d'Eryximaque envisage les choses de l'amour comme des effets, donc comme une passion⁶⁷. Eryximaque parle en tant que médecin, se réclamant d'Asklépios, fondateur de la *tekhnê* médicale. La *tekhnê* médicale permet de constater l'étendue des pouvoirs d'Erôs, c'est la science des opérations que provoque Erôs dans les corps (*epistēmê ton tou somatos erotikon*)⁶⁸. Le médecin le plus accompli est celui qui sait distinguer, dans les opérations provoquées par Erôs, ce qui relève du bon Erôs et ce qui relève du mauvais Erôs (i.e. les dérèglements) (*Banq.* 186d). La meilleure disposition médicale est donc de savoir diagnostiquer, dans les phénomènes propres au corps, le bon et le mauvais amour⁶⁹. Agir selon les règles de l'art, c'est pour lui, quand il s'agit des corps eux-mêmes, favoriser ce qui est bon et sain. Attention, il ne s'agit pas d'expurger le corps du mauvais amour, mais de veiller à bien user des désirs qui émanent de l'amour vulgaire, pour éviter les dérèglements toujours possibles. La tâche de la médecine, c'est de sauvegarder dans la mesure du possible l'un et l'autre amour, puisqu'ils s'y trouvent tous les deux (*Banq.* 187e). Donc, un art de l'usage pour limiter les effets néfastes de la démesure qui guette. Nous avons déjà commenté ce passage à propos du gouvernement des corps et des esprits (chapitre VI, B).

Mais revenons à l'érotique du *Banquet*. Le médecin apparaît ici situé non pas en rapport avec la maladie (les conseils qu'il donne à Aristophane pour son hoquet ne sont d'ailleurs pas très médicaux : se gargariser avec de l'eau, se faire éternuer, etc.) mais en rapport avec les dérèglements du désir. Jean Lombard fait le rapprochement entre la thèse d'Eryximaque et celle de la médecine hippocratique⁷⁰. Fédida dit que le discours d'Eryximaque permet d'être

quelque chose de honteux. Troisièmement, la règle donne toute liberté d'entreprendre une conquête, puisqu'elle approuve un amant qui adopte des conduites extravagantes, qui exposeraient aux blâmes les plus sévères quiconque oserait se conduire de la sorte en poursuivant une autre fin et en cherchant à l'atteindre » (*Banq.* 182d-183b). Ainsi, chercher à obtenir de l'argent ou une position sociale avantageuse expose au blâme (*Banq.* 183a) ; alors que les amants peuvent devenir les esclaves consentants de l'aimé, sous quelque forme que ce soit (*Banq.* 184b).

⁶⁵ Ce qui suppose des qualités morales aux deux partenaires, c'est-à-dire d'être inspiré par l'Eros qui relève de l'Aphrodite céleste.

⁶⁶ A la place d'Aristophane qui s'étrangle d'un hoquet, alors que « Eryximaque » signifierait littéralement « celui qui combat les éructations ». THIVEL Antoine, « Eryximaque et le principe des contraires », *Estudios griegos e indoeuropeos* 2004 ; 14 : 35-44.

⁶⁷ Chez Lacan, l'amour est une passion de l'être, et c'est cette raison qui exclut de distinguer un amour normal et un amour pathologique (excessif). (ALLOUCH Jean, *L'amour Lacan*, op.cit., p.22).

⁶⁸ La traduction de Brisson est « science des opérations de remplissage et d'évacuation du corps que provoque Eros » (*Banq.* 186b). Nous préférons celle de Lacan : science des érotiques du corps.

⁶⁹ Actuellement, dans « la grande foire du sexe », les « médecins de l'amour » cotoient des « plombiers du sexe » et autres démiurges ou érotologues, selon Philippe Brenot, lequel ne cite pas Eryximaque parmi les pionniers qu'il distingue, depuis Ovide jusqu'à Masters et Johnson. BRENOT Philippe, *Les médecins de l'amour*, Paris, Zulma, 1998.

⁷⁰ LOMBARD Jean, *Platon et la médecine...*, op.cit., p. 130.

pleinement convaincu par la place de l'amour dans la *therapeia* qu'est la médecine et que, de même, « la psychothérapie est science et art des passions amoureuses propres au corps »⁷¹.

1.1.2 Erôs désirant

Agathon s'efforce de montrer la nature d'Erôs : délicat, ondoyant, juste, modéré, courageux, créatif. Il y a probablement de la naïveté ou de l'ironie sophistique à pouvoir déclarer uniment qu'Erôs dispense les plaisirs les plus puissants et qu'il est un exemple de tempérance⁷². Nous retenons pour notre enquête qu'Erôs, principe vital (il préside à la naissance et à la croissance de tout ce qui vit), est aussi principe d'émergence des *tekhnēs* : « c'est sous l'instigation du désir et de l'amour qu'Apollon a découvert l'art du tir à l'arc, de la médecine et de la divination » (*Banq.* 197a). Erôs fait découvrir la médecine parce qu'il est vertueux et épris de beauté. Agathon propose aussi une interprétation « érotique » du lien social :

« C'est ce dieu qui nous vide de la croyance que nous sommes des étrangers l'un pour l'autre, tandis que c'est lui qui nous emplit du sentiment d'appartenir à une même famille » (*Banq.* 197c).

Socrate trouve qu'Agathon exagère, et il le questionne afin de produire, par argumentation logique, un discours de vérité au sujet d'Erôs (*Banq.* 199b). Erôs est amour d'un objet, car il n'y a pas d'amour sans objet⁷³. Erôs éprouve le désir (*epithumei*) de ce dont il est l'amour (*Banq.* 200a), et dont il manque.

« Ainsi cet homme, comme tout homme qui désire, désire ce qui n'est ni présent, ni disponible, ce qu'il n'a pas, ce qu'il n'est pas, ce qui lui manque ; et c'est bien là, nous l'avons vu, l'objet de tout amour et de tout désir » (*Banq.* 201e).

Sous cet angle, tout homme est pris dans les choses de l'amour. Car aucun homme n'est exempt de manquer à avoir ou à être. Par contre, si l'amour est un accident regrettable, une perturbation (passion dans un sens plus restreint), alors l'amour ne fait pas, de droit, partie de la condition humaine⁷⁴.

Tout désir naissant d'un manque, il faut convenir qu'Erôs ne possède pas ce qu'il désire et ce qu'il aime. Si donc Erôs aime la beauté, c'est qu'il n'est pas beau lui-même, et de même pour la bonté. L'amour est une quête, « non perfection comblée, mais pauvreté dévorante »⁷⁵. Voilà un indice contraire à l'idée d'une disparité entre désir et amour, nonobstant le fait qu'Erôs n'est pas assimilable au désir (*epithume*) comme le suppose généralement la constellation familière *erôs-philia-agapē*.

⁷¹ FEDIDA Pierre, *Crise et contre-transfert*, op.cit., p.39.

⁷² « On est d'accord pour dire que la modération (*sôphrosunē*) réside dans le fait de dominer plaisirs (hedonion) et désirs (epithumion). Or il n'est pas de plaisir plus puissant que celui dispensé par Eros. Si les plaisirs et les désirs inférieurs sont dominés par Eros, et si Eros domine, puisqu'il domine les plaisirs et les désirs, Eros est au suprême degré tempérant » (*Banq.* 196c).

⁷³ PLATON, « Lysis », trad. Emile Chambry, *Premiers dialogues*, Paris, GF Flammarion, 1967 (désormais *Lys.*) Dans le *Lysis*, Socrate fait des affirmations analogues concernant la *philia*. Quand on est ami (aimant ou aimé), on l'est de quelque chose, en vue de quelque chose (*Lys.* 218d). On aime le médecin en vue de la santé, on aime la santé en vue de quelque chose, etc. : « tous les objets sont aimés en vue du premier objet d'amour » et c'est ce premier objet qui est le véritable ami (*Lys.* 220a).

⁷⁴ Ce serait la position cartésienne, que critique Jean-Luc MARION, *Le phénomène érotique*, op.cit., p.17-18.

⁷⁵ COMTE-SPONVILLE André, *Petit traité des grandes vertus*, op.cit., p.305.

Agathon capitule ! Socrate rapporte alors le dialogue qu'il a eu avec la prêtresse Diotime, qui apporte un correctif intéressant par rapport au jugement moral sur les questions d'amour: si Erôs n'est ni beau ni bon, cela ne signifie pas pour autant qu'il soit laid et mauvais. Diotime fait valoir la position d'intermédiaire (*metaxu*) qu'occupe un Erôs désirant. Cette position intermédiaire est constatable dans un autre domaine des affaires humaines qui sert ici d'analogie : entre science (ici *sophia*) et ignorance (*amethes*), l'intermédiaire est le fait d'avoir une opinion correcte (*ortha doxazein*), sans être à même d'en produire la raison (*Banq.* 202a). Ce n'est là ni savoir (*epistathai*) (car une activité dont on n'arrive pas à rendre raison – *pragma alogon* – ne saurait être une connaissance sûre – *epistēmē*), ni ignorance – *amathia* (car ce qui atteint la réalité ne saurait être de l'ignorance). Un Erôs désirant n'est donc ni un dieu (on ne peut dire d'un dieu qu'il est dépourvu des choses bonnes et belles), ni un mortel, mais un intermédiaire, un grand démon (*megas daimon*), qui assure la communication entre dieux et hommes. Diotime rappelle un autre mythe de la naissance d'Erôs, fils de Penia – et, comme sa mère, pauvre, rude (et non délicat comme le prétendait Agathon), indigent, sans domicile fixe – et de Poros, ce qui rend compte du fait qu'il est à l'affût du beau et du bon : chasseur redoutable, fertile en expédients, il trame des ruses ; il est passionné de *phronēsis* (*phroneseos epithumetes*) et passe son temps à philosopher ; mais c'est aussi un sorcier, un magicien (*pharmakeus*), un expert (sophiste) (*Banq.* 203d). Diotime qualifie Erôs de *therapôn* d'Aphrodite. Si cette position convient à Erôs, c'est parce qu'il a été engendré lors des fêtes données en l'honneur de la naissance de la déesse⁷⁶. Et s'il est en même temps et par nature amoureux du beau, c'est parce qu'Aphrodite est belle (*Banq.* 203c).

Mais quels sont ceux qui tendent vers le savoir (*philosophountes*), si ce ne sont ni les savants ni les ignorants⁷⁷? Diotime rappelle à Socrate la distinction à faire entre l'aimant et l'aimé, et invite à considérer la partie et le tout. L'éraсте est le désirant ; ces termes (*erôs*, *erastes*) sont certes employés dans le domaine particulier de l'amour, mais ce sont des termes génériques pour désigner la recherche du bien, recherche qui s'élève d'ailleurs vers le Bien en soi, la Beauté en soi (*Banq.* 205e)⁷⁸. Erôs ne vise pas tant la possession physique d'un bel objet que « la possession éternelle du bien » (*Banq.* 207a)⁷⁹.

Ce passage suscite trois remarques :

– Diotime oppose les êtres savants/ignorants et les êtres désirants. Au début de la *Métaphysique*, Aristote part du principe que « tous les hommes ont par nature le désir de

⁷⁶ Le mythe de la naissance d'Eros est ainsi rapporté : pour la naissance d'Aphrodite, un festin est donné. Y participe notamment le fils de Mêtis, Poros (dont le nom signifie passage, et donc ressource, expédient). A la fin de la fête, se présente à l'entrée Penia (son nom signifie pauvreté) qui vient mendier. A ce moment-là, Poros est ivre au fond du jardin, Pénia s'étend près de lui et se fait engrosser : Eros est le fruit de ce viol.

⁷⁷ Socrate produit lui-même la réponse à cette question dans le *Lysis*: « ceux qui aiment la science sont ceux qui ne sont encore ni bons (les savants) ni mauvais (les ignorants) » (*Lys.* 218c) .

⁷⁸ Dans le *Phèdre*, la présentation est un peu différente. L'amour (*erôs*) est bien une sorte de désir (*epithumia*), mais ce critère n'est pas suffisant (on peut désirer le beau). Deux espèces de tendances nous gouvernent: le désir inné des plaisirs (*epithumia hēdonōn*), et l'aspiration acquise au meilleur (*Phèdre* 237d). Ces deux tendances s'accordent ou s'opposent, et l'une ou l'autre domine. Quand l'opinion rationnelle domine et mène au meilleur, la domination s'appelle *sôphrosunē*. L'orientation dominante vers les plaisirs est démesure (*hubris*), laquelle a beaucoup de formes possibles, selon l'objet du désir (i.e. gourmandise si c'est la bonne chère). On appelle Erôs ce désir quand il se porte vers le plaisir de la beauté.

⁷⁹ Sur cette « ascension socratique » qui fait passer d'un être-avec sexuel à un rapport intellectuel puis à un objet immortel, voir Martha NUSSBAUM, *La fragilité du bien*, op.cit., p.217-225.

savoir » (*Mét.* 980a⁸⁰). Nous n'entendons pas discuter des divergences entre Platon et Aristote, mais rapprocher leurs propos et suggérer que la science accomplie (ici *sophia*, sagesse) et l'ignorance ne sont pas des états naturels. S'il est inspiré par Erôs, le médecin n'est ni savant, ni ignorant. Le savant n'a plus rien à chercher, et l'ignorant, qui croit à tort être suffisamment beau, bon et savant, n'a pas non plus le désir de savoir (*Banq.* 204a). Mais sa « double hérédité », Penia et Poros, indique aussi « l'essentielle ambivalence d'Erôs »⁸¹.

– On retrouve cette ambivalence dans la description des qualités d'Erôs. D'un côté Diotime évoque des qualités qui caractérisent des dispositions médicales : nous avons déjà rencontré dans ce travail le chasseur à l'affût d'indices, le chercheur, le *phronimos*. Ce que son discours fait entrevoir, c'est qu'un même désir est à l'œuvre dans des figures qui ont plus de peine à être reçues comme des modèles enviables pour le médecin : le sophiste, le sorcier, le magicien. Par récursion, peut-on se figurer ainsi l'instance d'Erôs en la personne du médecin, désireux de savoir ce dont il retourne dans une situation clinique, désireux de mener à bien son action thérapeutique, et usant pour y parvenir de stratagèmes douteux mais efficaces aussi bien que de *phronēsis* ? Faut-il alors tempérer ce désir pour la moralité des intentions, ou juger selon le bien produit ? Peut-on concevoir que le désir soit nécessaire à la pratique médicale tout en refusant certaines des conséquences qui en résultent ?

– On voit que ce qui entre dans l'érotique en médecine déborde la seule question des sentiments. Erôs est un « terme générique pour désigner la recherche du bien ». Si le médecin se contente de viser le bien relatif à la situation singulière dans laquelle il agit, ce bien relatif ne doit-il pas tout de même être considéré comme la réalité du concept, sa réalisation concrète ? C'est en tout cas notre lecture, à rebours d'une critique du « platonisme » qui serait trop éloigné des réalités concrètes au profit du monde des Idées. La question vient alors : y a-t-il un rapport du tout et de la partie entre la position générique de désirant, et la disposition particulière de celui qui désire des plaisirs sexuels ? Freud assignait au désir de savoir une source infantile sexuelle. Lucien Israël pointait l'ambivalence de la vocation soignante, excitée par des fantasmes de licence sexuelle⁸². Et que dire du jeu du docteur, qui cadre les explorations enfantines du corps d'autrui ? Mais ce que dit Diotime fait-il moins scandale ?

Il faut, pour éclairer son discours, mentionner quelques autres usages platoniciens d'Erôs⁸³. Socrate est l'amant (*eron*) de la philosophie (*Gorg.* 481d), de la *phronēsis* (*Phédon* 66e), des discours (*Phèdre* 228c), de la méthode correcte (*Philèbe* 16b), de la gymnastique intellectuelle (*Théétète* 169c) ; le physicien est un éraste de l'intelligence (*nous*) et de la connaissance (*epistēmē*) (*Timée* 46d), etc.⁸⁴ Comment interpréter ce vocabulaire commun au désir sexuel et à la philosophie, si ce n'est l'activité ardente de l'âme ? Halperin propose que l'impulsion sexuelle est « une expression rudimentaire de notre désir métaphysique de nous approprier le bien à tout jamais, de devenir immortel »⁸⁵. Platon ne divise pas l'érotique. Nussbaum se

⁸⁰ Πάντες ἄνθρωποι τοῦ εἰδέναι ὀρέγονται φύσει.

⁸¹ BONAPARTE Marie, « De l'essentielle ambivalence d'Eros », *Revue Française de Psychanalyse* 1948, 12 (1) :167-212.

⁸² ISRAËL Lucien, *Le médecin face au malade*, op.cit. ; ISRAËL Lucien, *Le médecin face au désir*, op.cit.

⁸³ Nous nous sommes servis de la liste plus complète dressée par David HALPERIN, *Platon et la réciprocité érotique*, op.cit., p.27-30.

⁸⁴ PLATON, *Oeuvres complètes*, op.cit.

⁸⁵ HALPERIN David M, *Platon et la réciprocité érotique*, op.cit., p.35.

contente d'un « parallélisme de structure » entre désir sexuel et désir de sagesse : dirigés tous deux vers la saisie possessive d'objets du monde, suscités par la beauté et le bien dont il faut comprendre la nature, oscillant entre vénération et incorporation⁸⁶.

Un médecin de mes amis m'a rapporté récemment l'histoire suivante : il avait été amené à examiner, en « urgence » (ressentie comme telle par le médecin qui l'avait adressée), une jeune femme qui posait le problème de ganglions diffus. On lui avait communiqué par le même courriel un antécédent d'infections de la sphère ORL (qui peuvent occasionner des adénopathies cervicales) et un antécédent de fibromes multiples des seins, dont le volume avait récemment été augmenté par la mise en place de prothèses (à l'origine de ganglions axillaires ?). Pour ce collègue, la contrainte de rajouter une consultation dans un programme hebdomadaire déjà chargé était atténuée par le plaisir de répondre à la demande d'une collègue fort affable, et la satisfaction anticipée de mener une enquête diagnostique dans un domaine – les maladies ganglionnaires – qui suscite pour lui un vif intérêt professionnel. Pris dans son récit et rendu moins bégueule par quelque alcool, il m'a avoué d'autres pensées plus secrètes : l'examen physique d'une jeune femme – dont la plastique s'annonçait prometteuse – serait mis aussi au registre des compensations pour la faveur accordée ; mais il se demandait encore si l'intérêt porté aux maladies des ganglions n'avait pas un lien avec la nécessité, dans l'examen clinique, de devoir « fouiller » les corps : l'examen détaillé des aisselles et des régions inguinales force à un contact intime⁸⁷. Arrive le moment de la consultation. La patiente n'a aucun charme, elle est accompagnée de son ami et se montre assez revêche. La solution de l'énigme était dégagée par la seule anamnèse (un seul ganglion douloureux en rapport avec des poussées éruptives d'une dent de sagesse incluse dans une gencive enflammée), et l'examen est resté attentif mais sommaire, loin des fantaisies par lesquelles ce collègue s'était consolé à l'avance de cette tâche supplémentaire. La satisfaction intense éprouvée néanmoins tenait entièrement dans la réussite de la consultation : obtenir un diagnostic par des moyens purement cliniques, rassurer une patiente déjà bien alarmée⁸⁸.

Il est probablement imprudent de passer d'une anecdote à des généralités. Mais, relue à l'aune du *Banquet*, quelques suggestions et hypothèses émergent par abduction. Le désir du médecin (désir de savoir et désir d'un contact corporel) ne vise pas la *personne* du malade. Et pourtant, c'est bien le malade *en personne* qui a été soigné. Le phénomène est bien connu pour les relations amoureuses vues par l'œil platonicien : autrui est le moyen de voir se manifester l'objet du désir, autrui (en sa personne) est transcendé par l'objet (du désir). « Je te veux, mais tu n'es pas ce que je veux »⁸⁹ : écart entre expérience subjective de l'amour (je te veux) et sa vérité (tu n'es pas ce que je veux)⁹⁰. Repris dans le contexte médical, on pourrait risquer ceci : le médecin (ès qualité) ne veut pas la personne, son désir se focalise sur l'énigme ou le problème qu'elle lui soumet. C'est cela qu'il veut, c'est cela à quoi il se commet. Remarquons qu'il s'agit d'ailleurs d'un objet commun aux désirs respectifs du malade et du médecin. Nous

⁸⁶ NUSSBAUM Martha, *La fragilité du bien*, op.cit., p.232sq.

⁸⁷ Martin Winckler confie à ses lecteurs qu'il « aime toucher les ventres. Tous les ventres. Les plats comme les ronds. Les creux et les pleins. Les ventres souples des enfants et les ventres ridés des grand-mères ». Ce geste, inaugural pour lui de l'examen de tout patient, est un geste qu'il fait pour lui, même s'il a aussi un sens médical : amadouer le malade, démontrer sa sympathie, faire un diagnostic. WINCKLER Martin, *En soignant, en écrivant*, op.cit., p.84 sq. Par contraste, voir ce qu'en dit Pedro LAIN ENTRALGO, *Le médecin et le malade*, Paris, Hachette, « L'univers des connaissances », 1969, p.187. Nous le commentons plus loin.

⁸⁸ Cf. le chapitre précédent (Le plaisir associé à la *tekhmē*).

⁸⁹ HALPERIN David, *Amour et ironie...*, op.cit., p.34.

⁹⁰ L'amoureux est en proie à un désir transcendantal dont la logique lui échappe, sa passion « apporte un témoignage ironique à une métaphysique du désir qui le dépasse ». HALPERIN David, *Amour et ironie...*, op.cit., p.35.

verrons un peu plus loin à quoi mène la confusion, si le médecin croit aimer un malade alors que son désir ne vise qu'un objet qui le transcende. Si par contre l'intérêt manifeste du médecin se porte exclusivement sur la maladie, autrement dit si le médecin n'est pas dans la confusion – ou refuse de s'en faire la dupe –, le malade ressortira déçu, ou se plaindra de n'avoir pas été reconnu : en tant qu'*éraste* chasseur redoutable, le médecin peut ignorer toute réciprocité en termes de socialité, mais le patient ? Et encore ! « L'image du chasseur suscite l'image d'un éraste actif. Mais c'est aussi celui qui est saisi par l'amour, atteint par Erôs, traversé par son flux »⁹¹. Quand on parle de médecine *centrée sur la personne*, cela pourrait indiquer un déplacement de l'objet du désir du médecin (depuis la maladie vers le malade), avec une difficulté subjective plus grande alors : comment ne pas confondre la personne malade comme objet du désir (du médecin en tant que professionnel) avec la personne malade comme objet du désir (du médecin en tant que personne) ? Et réciproquement, comment ne pas confondre la personne médecin comme objet du désir (du malade en tant que malade) avec la personne médecin comme objet du désir (du malade en tant que personne) ? S'il est aisé, quand on se tient à distance de la pratique, de séparer le désir de savoir (louable) des désirs de la chair (blâmés dans ce contexte), il est plus hasardeux d'en faire deux régimes érotiques qui n'ont rien à voir entre eux. Comme on va le voir, la fin du dialogue nous met aux prises avec cet entrelacs.

1.1.3. La fin du Banquet

Alcibiade entre, parfaitement ivre, s'enquiert d'Agathon, lui fait honneur, s'assied entre Agathon et Socrate à qui il fait une scène de jalousie : Socrate, son amant supposé, se trouve en effet bien proche du plus beau jeune homme. Plutôt que de faire l'éloge de Socrate comme le lui demande Eryximaque, Alcibiade annonce qu'il va plutôt dire la vérité à son sujet⁹².

La première vérité nécessite le recours à une image : « Socrate est on ne peut plus pareil à ces silènes, (...) si on les ouvre par le milieu, on s'aperçoit qu'ils contiennent en leur intérieur des figurines de dieux » (*Banq.* 215a-b). Alcibiade témoigne de l'effet que Socrate produit, à peine prend-il la parole : palpitations, larmes... mais aussi la honte, car Socrate lui reproche de ne pas assez prendre soin de lui-même, ce qu'il (se) promet de faire sans y parvenir, car il « cède à l'attrait des honneurs » (*Banq.* 215e-216b).

Il affirme aussi que Socrate est un éraste qui ne cesse de tourner autour des beaux garçons, tout en se donnant l'air de ne rien savoir. Voici le diagnostic d'Alcibiade sur la conduite amoureuse de Socrate :

« Que le garçon soit beau, cela ne l'intéresse en rien, et même il a un mépris inimaginable pour cela, tout comme il méprise le fait que le garçon soit riche ou qu'il possède quelque avantage jugé enviable par le grand nombre. Pour lui, tous ces biens n'ont aucune valeur, et nous ne sommes rien à ses yeux, je vous l'assure » (*Banq.* 216e-217a).

⁹¹ ALLOUCH Jean, *La psychanalyse : une érotologie de passage*, op.cit., p.155-7.

⁹² Nussbaum souligne l'opposition entre la démarche démonstrative déductive générale qu'avait proposée Socrate, et la vérité qu'Alcibiade entend produire à partir de son expérience particulière. NUSSBAUM Martha, *La fragilité du bien*, op.cit., p.227-233.

Et par contre, quand « le silène s'ouvre, je ne sais si quelqu'un a vu les figurines qu'il recèle ». Alcibiade se vante de les avoir vues, « si divines, si précieuses, si parfaitement belles et si extraordinaires, que je n'avais plus qu'à exécuter sans retard ce que me recommandait Socrate » (*Banq.* 217a). Socrate détient donc un trésor. Socrate est vieux et laid, et pourtant la jeunesse aisée est amoureuse de lui : le désir des jeunes gens est motivé par ceci que Socrate détient quelque chose qu'ils veulent, « mais leur désir est mal orienté, parce qu'ils confondent Socrate avec ce qu'ils veulent en lui »⁹³. Alcibiade pense qu'il va l'obtenir (apprendre de Socrate tout ce qu'il sait), s'il lui accorde ses faveurs. Et il estime que Socrate les agréera, car il le croit « sérieusement épris de la fleur de ma jeunesse » (*Banq.* 217a).

La configuration est donc plutôt complexe. Nussbaum parle de confusion des rôles sexuels⁹⁴, mais la pointe est ailleurs. Socrate est un éraste – l'amant comme sujet du désir – un peu étrange : il fait semblant de désirer les jeunes gens mais n'accorde pas d'attention aux biens qu'ils sont supposés détenir (beauté, richesse, avantages) ; et de plus, il détient un objet hautement désirable, à l'instar d'un éromène⁹⁵. Alcibiade désire cet objet, veut obtenir le savoir de Socrate, cet *agalma*⁹⁶ qu'il a cru repérer : il est donc lui aussi en position d'éraste vis-à-vis de Socrate, tout en se pensant encore comme son éromène ; du moins estime-t-il qu'en se faisant aimer de Socrate, en parvenant donc à être son aimé, Socrate lui donnera accès à l'objet convoité⁹⁷.

Alcibiade raconte alors comment il s'y est pris : il s'arrange pour être seul avec Socrate, pour faire de la gymnastique (lutte) avec lui, le convie à dîner en tête-à-tête, le retient après le repas et l'invite à partager sa couche (tout ceci n'a pas marché du premier coup). Quand la lumière est éteinte, il lui fait des avances en lui disant qu'il est prêt à lui céder⁹⁸. Lacan souligne qu'Alcibiade dans son discours fait en réalité une confession publique : il avoue avoir

« tenté de faire de Socrate quelque chose de complètement subordonné, soumis à une autre valeur que celle du rapport de sujet à sujet, où il a, vis-à-vis de Socrate, manifesté une tentative de séduction, où ce qu'il a voulu faire de Socrate, et de la façon la plus avouée, c'est quelqu'un d'instrumental, de subordonné à quoi ? à l'objet de son désir, à lui Alcibiade, qui est *agalma*, le bon *objet* (...) qu'il a dans le ventre »⁹⁹.

⁹³ HALPERIN David, *Amour et ironie...*, op.cit., p.37.

⁹⁴ NUSSBAUM Martha, *La fragilité du bien*, op.cit., p.230.

⁹⁵ C'est ce que suggère Lacan dans son séminaire sur le Transfert, LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 16 novembre 1960.

⁹⁶ La notion d'*agalma* a une longue histoire dans la langue et la culture grecque. À l'époque de Platon, elle n'est plus utilisée que pour décrire certains rites des banquets. Il est d'usage que chacun des protagonistes du banquet fasse l'éloge de son voisin de table, louange qui se justifie de l'*agalma* que celui qui parle voit dans celui qui écoute, au grand plaisir de tous les autres. À l'époque de la Grèce archaïque, les *agalmata* (*agalma* au pluriel) sont des objets réels, ceux dont la possession fonde et assoit le pouvoir temporel et religieux des rois thaumaturges, des Maîtres de Vérité. Il s'agit de riches parures, de bijoux, ou même d'objets plus hétéroclites (la toison d'or, par exemple) dont l'existence est cependant entourée d'un voile de mystère. SOREL Pierre, « L'analyste, objet dans la cure, la question de l'*agalma* », *Analyse Freudienne Presse* 2005; 12 (2) : 39-44.

Sur la place de l'*agalma* dans l'invention lacanienne de l'objet *a*, voir : LE GAUFEY Guy, *L'objet a ; approches de l'invention de Lacan*, Paris, Epel, « Essais », 2012.

⁹⁷ « Dès lors l'*agalma* de l'eron s'avère être le principe par quoi le désir change la nature de l'amant. Dans sa quête, Alcibiade vend la mèche de la tromperie de l'amour, et de sa bassesse (aimer, c'est vouloir être aimé) à quoi il était prêt à consentir ». LACAN Jacques, « Du "Trieb" de Freud et du désir du psychanalyste » (1964), *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p.853.

⁹⁸ Allant contre les mœurs les plus prisées de l'époque, dont il a été question à propos du discours de Pausanias.

⁹⁹ LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 1 mars 1961.

La personne de Socrate n'est plus qu'une enveloppe, et Alcibiade veut que l'objet qu'elle contient soit à sa merci. Un éromène qui a le sens des convenances ne s'offre pas ainsi. Mais en réalité, Alcibiade n'est plus l'éromène transgresseur des conventions, il est l'éraсте prêt à tout pour obtenir ce qu'il désire, non pas Socrate, mais l'*agalma* qu'il recèle.

Socrate lui répond ceci :

« Mon cher Alcibiade, il y a des chances pour que, en réalité, tu ne sois pas si maladroit, à supposer toutefois que ce que tu dis sur mon compte est vrai et que j'ai le pouvoir que j'ai de te rendre meilleur. Tu vois sans doute en moi une beauté inimaginable et bien différente de la grâce que revêt ton aspect physique. Si donc, l'ayant aperçue, tu entreprends de la partager avec moi et d'échanger beauté contre beauté, le profit que tu comptes faire à mes dépens n'est pas mince ; à la place de l'apparence de la beauté, c'est la beauté véritable que tu entreprends d'acquérir, et, en réalité, tu as dans l'idée de troquer de l'or [la beauté véritable de Socrate] contre du cuivre [la beauté apparente d'Alcibiade]. Mais, bienheureux ami, fais bien attention, de peur que tu n'aies t'illusionner sur mon compte, car je ne suis rien » (*Banq.* 218e -219a).

Alcibiade enlace Socrate et ils restent côte à côte toute la nuit, sous le manteau qu'il a étendu sur eux, et il ne se passe... rien¹⁰⁰! Alcibiade se dit partagé :

« D'un côté je m'estimais méprisé, et de l'autre j'admirais le naturel de Socrate, sa modération (*sôphrosunē*) et sa fermeté (*andreia*, son courage¹⁰¹). J'étais tombé sur un homme doué d'une intelligence et d'une force d'âme que j'aurais cru introuvables. Par suite, il n'y avait pour moi moyen ni de me fâcher et de me priver de sa fréquentation, ni de découvrir par quelle voie je l'amènerais à mes fins » (*Banq.* 219d-e).

Alcibiade ne sait pas ce que Socrate désire¹⁰². Il raconte ensuite aux convives comment Socrate s'est montré très courageux sur les champs de bataille (*Banq.* 220-221c) mais termine son propos par une mise en garde :

« Il dupe (ceux qui le fréquentent) en se donnant l'air d'un amant, alors qu'il tient le rôle du bien-aimé plutôt que celui de l'amant » (*Banq.* 222c)¹⁰³.

Si l'auditoire salue la franchise d'Alcibiade, Socrate y dénonce une manœuvre :

« Tu t'imagines que c'est toi que je dois aimer et personne d'autre, et parce qu'Agathon doit être aimé par toi et par personne d'autre. Mais ta manœuvre ne nous a pas échappé. Tout au contraire, ton drame satyrique et ton histoire de Silène, nous y voyons très clair » (*Banq.* 222d)¹⁰⁴.

Socrate demande alors à Agathon de changer de place, parce qu'il va prononcer son éloge. Mais de nouveaux convives arrivent, tout le monde picole et s'endort. Fin du Banquet.

¹⁰⁰ « sans que rien de plus ne se fût passé que si j'avais dormi auprès de mon père ou de mon frère aîné » (*Banq.* 219d).

¹⁰¹ *Sôphrosunē* et courage, deux vertus que nous étudierons au chapitre XIII, côté médecin.

¹⁰² LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 1 mars 1961.

¹⁰³ Sont visés notamment Euthydème et Charmide. Nous le retrouverons dans un prochain chapitre.

¹⁰⁴ Lacan interprète ainsi la réplique de Socrate (qui n'est pas le texte de Platon, il faut le souligner) : « Tout ce que tu viens de dire de si extraordinaire, énorme, dans son impudence, tout ce que tu viens de dévoiler en parlant de moi, c'est pour Agathon que tu l'as dit ». LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 8 février 1961.

1.1.4. Du Banquet au transfert

Alcibiade produit « au regard de tous l'articulation centrale du transfert : mise en présence de l'objet paré de ses reflets »¹⁰⁵. Lacan souligne que « tout tourne autour de ce privilège, de ce point unique et constitué quelque part par ce que nous ne trouvons que dans un être quand nous aimons vraiment »¹⁰⁶, à savoir l'*agalma*, objet du désir.

L'asymétrie entre Alcibiade et Socrate quant aux positions d'éromène et d'éraсте est la suivante : Alcibiade, qui est l'aimé (et le sait), témoigne publiquement qu'il est désirant : il est passé d'une position d'éromène à celle d'éraсте. Pour Halperin, le passage de l'éromène à l'éraсте ne doit pas être compris comme étant avant tout une question de relations affectives, mais comme un devenir désirant, une entrée possible de l'aimé dans « la communauté des amants »¹⁰⁷.

Socrate, réputé éraсте mais qui ne s'intéresse pas aux biens possédés par les jeunes gens, ne montre à Alcibiade aucun signe de son désir, et même redouble cette abstention alors qu'Alcibiade s'offre à lui. Nussbaum dit qu'Alcibiade « bute sur le roc de la vertu socratique »¹⁰⁸. Socrate le démasque à trois niveaux : Alcibiade est désirant ; il ne désire pas Socrate mais l'objet qu'il possède ; il se trompe sur cette possession. Mis en position d'aimé par un Alcibiade désirant, Socrate n'accomplit pas le passage de l'éromène à l'éraсте qu'avait accompli Alcibiade¹⁰⁹. Allouch dit que Socrate refuse l'amour échange¹¹⁰. Mais le *noli me tangere* de Socrate, n'est pas simplement un refus austère, il implique Alcibiade dans le chemin de son bien. Le commandement de Socrate est : « Occupe-toi de ton âme, cherche ta perfection »¹¹¹.

L'échange entre Alcibiade et Socrate a été amplement commenté à la suite du séminaire de Lacan sur le transfert. On a comparé le psychanalysant avec Alcibiade, l'analyste avec Socrate. Le premier a tendance à situer « les agalmata en jeu dans son analyse chez le psychanalyste », et ce dernier « est invité à ne donner à l'analysant aucun signe de cette présence en lui des agalmata »¹¹². Mais Socrate n'est pas un modèle à suivre en tout : il ne laisse pas à Alcibiade

« le temps de se rendre compte par lui-même de son propre vide. (...) Socrate trace une voie que le psychanalyste est prié de ne pas emprunter, parce que cette voie ne laisse pas d'autre choix à Alcibiade que de se tourner vers Agathon pour simplement réitérer sa quête auprès de lui »¹¹³.

Socrate « épargne » à Alcibiade d'accéder au point où il aurait eu affaire à la réalité de son désir. Nous avons déjà laissé entendre qu'une telle position était d'autant plus difficile à tenir en

¹⁰⁵ LACAN Jacques, « Subversion du sujet et dialectique du désir... », op.cit., p.825.

¹⁰⁶ LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 1 février 1961.

¹⁰⁷ HALPERIN David M, *Platon et la réciprocité érotique*, op.cit. p.38.

¹⁰⁸ NUSSBAUM Martha, *La fragilité du bien*, op.cit., p.239.

¹⁰⁹ Lacan l'exprime ainsi : N'a pas lieu, ici, « la métaphore réalisée constituant ce que j'ai appelé le miracle de l'apparition de l'*erastès* à la place même où était l'*erômenos* ». LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 8 février 1961.

¹¹⁰ ALLOUCH Jean, *L'amour Lacan*, op.cit., p.158-9.

¹¹¹ LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 8 février 1961.

¹¹² ALLOUCH Jean, *L'amour Lacan*, op.cit., p.166-7.

¹¹³ Ibid., p.164-7.

médecine que les agalmata se confondent avec l'objet réel du besoin dont le médecin doit faire don au malade.

1.2. Erôs et réciprocité

Nous lisons bien sûr ces textes en conservant en arrière-plan la pratique médicale, et plus particulièrement ici la relation médicale. Si les propos de Diotime nous ont fait parler du désir du médecin, ceux d'Alcibiade évoquent en premier le malade comme désirant un objet détenu par le médecin. La fin du Banquet est en tension entre asymétrie des positions et passage éventuel de l'une à l'autre.

Avant de la retrouver à propos de la *philia* chez Aristote, voyons comment la question de la réciprocité de l'amour est abordée par Platon dans le *Phèdre*.

Socrate, qui aime beaucoup (*philo*) Phèdre, l'invite à restituer le discours du sophiste Lysias sur l'amour (*tropon erōtikos*), dont il se déclarait enchanté. L'opinion défendue par Lysias est qu'il vaut mieux accorder ses faveurs (*kharisteon*) à celui qui n'aime pas (*mē erōnti*) plutôt qu'à celui qui aime (*erōnti*) (*Phèdre* 227c). Quelles sont leurs qualités respectives du point de vue de l'aimé ? L'éraсте épris est malade de désir charnel, exige l'exclusivité¹¹⁴, néglige ses autres affaires, et se repend des biens accomplis une fois le désir apaisé : la *philia* résiduelle sera fragile, et l'aimé sera blâmé de lui avoir cédé¹¹⁵. A contrario, le non amoureux reste maître de lui-même, n'éprouve pas de jalousie, vise les intérêts de l'aimé ; la relation ne suscite pas la réprobation sociale et peut déboucher sur une *philia* mutuelle. Une amitié solide n'a donc pas besoin d'être précédée d'un état amoureux, preuve en est la relation entre parents et enfants ou entre amis, qui procède de rapports d'un autre genre (*ex heterōn epitēdeumatōn*). Non sans ironie, Socrate se déclare abasourdi par un si divin discours (*Phèdre* 234d). Phèdre le prie alors d'argumenter la thèse suivante : « celui qui aime est plus malade que celui qui n'aime pas » (*Phèdre* 236b). Socrate se fait prier, mais s'exécute avec l'aide des Muses, et entreprend un récit mythique (*Phèdre* 237b) mettant en scène un beau jeune homme entouré d'un grand nombre d'érastes, dont un, plus malin que les autres, lui donne à croire qu'il n'est pas amoureux, avant de le persuader qu'on doit accorder ses faveurs à l'homme qui n'aime pas plutôt qu'à celui qui aime.

Socrate reprend un peu plus loin la thèse de Lysias sur la base d'arguments similaires, en partant du principe que la *philia* de l'éraсте (ici l'amour de l'amant) ne s'accompagne pas de bonnes intentions mais que c'est une sorte de faim qui cherche à s'assouvir (*Phèdre* 241c). Un

¹¹⁴ On pourrait rapprocher cela de SPINOZA, E III, prop.35 : « Si quelqu'un imagine qu'un autre s'attache la chose aimée par le même lien d'Amitié, ou un plus étroit, que celui par lequel il l'avait seul en sa possession, il sera affecté de Haine envers la chose aimée elle-même, et sera envieux de l'autre ».

¹¹⁵ Car l'amour se lasse. SPINOZA, E III, prop.59, scolie : « Il reste cependant à observer au sujet de l'Amour que, par une rencontre très fréquente, quand nous jouissons de la chose appétée, le Corps peut acquérir par cette jouissance un état nouveau, être par là autrement déterminé, de façon que d'autres images de choses soient éveillées en lui, et que l'Âme commence en même temps à imaginer autre chose et à désirer autre chose. »

amant malade est nuisible (*Phèdre* 240b)¹¹⁶. L'aimé ne savait pas ce qu'il aurait dû savoir depuis le début (*ex arkhēs*) :

« Il fallait accorder ses faveurs (*kharizesthai*) non pas à un homme qui aime et qui, c'est forcé, n'a pas son bon sens, mais bien à un homme qui n'aime pas et qui a tout son bon sens » (*Phèdre* 241 b-c).

Si on cherche à imaginer le médecin comme aimant ses malades (cf. Bishop), nul doute qu'il devrait être situé du côté de l'amant non-amoureux. On peut rapprocher en effet ce qu'il est supposé faire de la définition de l'amour de Stonestreet que nous avons déjà citée :

« L'amour (*love*) pour quelqu'un ou quelque chose est une attitude qui implique une préoccupation (*concern*) pour un objet particulier et son bien propre. (...) Les actes d'amour sont accomplis pour le bénéfice de l'aimé »¹¹⁷.

Pourtant Socrate est saisi de remords, d'avoir ainsi si mal parlé du dieu Erôs. Un dieu ne saurait être mauvais. Le discours précédent serait correct si la folie était toujours un mal. Or cet état ne doit pas être toujours redouté¹¹⁸. Dire du mal des amants suppose n'avoir jamais rencontré le spectacle d'un amour digne d'un homme libre. Socrate entreprend alors de soutenir la thèse inverse de celle de Lysias, et veut prouver que cette forme de folie est donnée par les dieux pour le plus grand bonheur, que la liaison que propose un homme qui n'aime pas, liaison mêlée de sagesse mortelle et qui ne procure que des biens mortels avec parcimonie, n'enfante dans l'âme de l'aimé qu'un esclavage qu'on prend à tort pour une vertu (*Phèdre* 256e).

Voici une longue citation (*Phèdre* 255a-e) qui porte sur la manière dont l'aimé se laisse prendre, conquérir par « le délire amoureux de l'amant », difficile à résumer car chaque détail compte :

« Il arrive enfin qu'à force de recevoir comme un dieu (*isotheos*) toutes sortes d'hommages (*therapeian*¹¹⁹) d'un amant (*erōntos*) sincèrement épris, le jeune homme naturellement disposé à l'aimer (*phusei philos tō therapeuonti*) en vient à partager les sentiments de celui dont il reçoit les adorations. Si précédemment ses condisciples ou quelques autres personnes lui ont inspiré de faux principes en lui disant qu'il est honteux de fréquenter un amant, et que ces motifs lui aient fait repousser le sien, le temps qui s'écoule, l'âge, la nécessité, le persuade [255b] enfin de l'admettre aux douceurs d'une tendre familiarité, car il n'a jamais été écrit dans les arrêts du destin qu'un méchant soit l'ami (*philon*) d'un méchant, et que l'homme de bien ne puisse être l'ami (*philon*) d'un homme de bien¹²⁰.

¹¹⁶ Il est gouverné par le désir, esclave du plaisir (« contraint de rechercher le plaisir de préférence au bien »), et comme l'homme malade trouve agréable ce qui ne le contrarie pas et ne lui est pas supérieur, l'amant va travailler à rabaisser son aimé, stimuler ses défauts, l'isoler de ses amis, l'empêcher de s'élever, et quand il aura cessé d'aimer il se montrera peu fiable pour l'avenir, ayant fait des promesses à la légère. L'aimé sera dégoûté d'accorder ses faveurs à un cacochyme.

¹¹⁷ STONESTREET Erica Lucas, « Love as a Regulative Ideal ... », art.cit.

¹¹⁸ Les biens les plus grands viennent d'une folie, qui est un don divin. Que ce soit les prophétesses et pythies, les devins, les prophètes, les guérisseurs, les poètes (pour ces derniers, leur folie vient des Muses), sont tous saisis par une sorte de folie dispensée par les dieux (*Phèdre* 244 b sq.)

¹¹⁹ Notons déjà, avant d'y revenir plus tard (cf. le *therapôn*), ces mots d'amour de la famille du thérapeute et de la thérapie.

¹²⁰ Halperin précise que ce passage tranche avec les conventions de l'époque : le plus jeune partenaire n'était pas tenu de faire l'expérience du désir, mais « on attendait qu'il se soumette (...) aux avances de son amant plus âgé, à partir d'un sentiment où se mélangeaient gratitude, estime et affection (ou *philia*) ». HALPERIN David M, *Platon et la réciprocité érotique*, op.cit., p.12.

A peine ce jeune homme est-il en rapport avec son amant (*erōntos*), et a-t-il accueilli ses discours et sa personne, que la passion de l'amant remplit d'admiration l'objet aimé (*erōmenon*) qui voit que l'affection (*philia*) de tous les parents et de tous les amis ensemble n'est rien au prix de celle d'un amant inspiré (*entheon philon*).

Au bout de quelque temps, à force de se voir et de se toucher, soit dans les gymnases, soit dans d'autres rencontres, [255c] les flots de cette émanation que Jupiter amoureux de Ganymède appela désir amoureux (*eron*), se portant avec abondance vers l'amant (*erastēn*), le pénètrent en partie; puis lorsqu'il en est rempli, le reste s'écoule au dehors; et comme un souffle, un écho qui vient frapper sur quelque chose de dur et de poli est repoussé vers le point d'où il partait, ainsi l'émanation de la beauté revient au beau jeune homme en s'insinuant par les yeux qui sont le chemin de l'âme, et excitant [255d] dans son âme le désir de s'envoler, nourrit et dégage les ailes, et remplit d'amour (*erōtos*) l'âme du bien-aimé (*erōmenou*): voilà donc le jeune homme qui aime (*era*) aussi, mais il ne sait qui; il ne connaît pas la nature de son affection et ne saurait l'exprimer; semblable à celui dont la vue s'est affaiblie pour avoir regardé des yeux malades, il cherche en vain la cause de son mal, et, sans le savoir, dans les yeux de son amant (*erōnti*) il voit comme dans un miroir sa propre image. En sa présence il cesse comme lui de ressentir la douleur; en son absence il le regrette autant qu'il en est regretté; [255e] il lui rend amour pour amour (*erōtos anterōta ekhōn*: il a un contre-amour).

Mais il ne croit point que son affection soit de l'amour (*erota*); il l'appelle, il la croit de l'amitié (*philian*)¹²¹. En même temps il désire (*epithumei*) presque autant que son amant, quoiqu'un peu moins, de le voir, de le toucher, de l'embrasser (*philein*), de partager sa couche, et voilà bientôt très probablement ce qui lui arrivera. Or, tandis qu'ils partagent la même couche, le coursier indompté de l'amant (*erastou*) a beaucoup de choses à dire au cocher¹²²; il lui demande en retour de tant de peines [256a] un moment de plaisir. Celui du jeune homme n'a rien à dire: mais, entraîné par un désir qu'il ne connaît pas, il presse son amant entre ses bras, l'embrasse, le caresse le plus tendrement, et tandis qu'ils reposent si près l'un de l'autre, il est incapable de refuser à son amant les faveurs que celui-ci lui demandera. Mais l'autre coursier et le cocher lui opposent la pudeur et la raison (*aidōs* et *logos*). Si donc, la partie la plus noble de l'intelligence remporte une si belle victoire, et les guide vers la sagesse et la philosophie, les deux amants passent dans le bonheur et l'union des âmes [256b] la vie de ce monde, maîtres d'eux-mêmes; réglés dans leurs mœurs, parce qu'ils ont asservi ce qui portait le vice dans leur âme et affranchi ce qui y respirait la vertu ».

Autrement dit, être aimé sincèrement éveille au partage des sentiments. D'abord, c'est la *philia* (inspirée par *erōs*) de l'amant qu'admire l'aimé, tant elle surpasse la *philia* des proches. Puis, à force de contacts, de plus en plus de désir amoureux se porte vers l'amant, dont une partie est retournée à l'expéditeur après avoir été reflétée dans le regard de l'autre. Voilà que le bien aimé se met à aimer, mais il ne sait pas qui, car dans les yeux de son amant, il voit sa propre image. Il lui rend amour pour amour (il a un *anterōs*, un contre-amour). L'asymétrie coutumière est remise en cause par Platon; cet *erōs* surprend l'aimé devenant désirant: il se méprend sur son affection, la nomme *philia* alors que c'est de l'amour (*erōs*), empreint d'un désir charnel (*epithumei*) presque aussi fort que celui de l'amant. Tout se joue alors, pour les deux, « côté amant »: l'aimé est tout à lui, mais il peut contenir son désir.

¹²¹ Comme le veut la tradition, cf. Patrocle et Achille dans les propos de Phèdre du *Banquet*.

¹²² Le passage use de la fable qui considère l'âme comme tripartite: deux chevaux (l'un bon et l'autre non) et un cocher. Lorsque celui-ci est envahi de désir pour l'objet de son amour, le cheval docile et tempéré se retient de bondir sur l'aimé, tandis que l'autre contraint l'attelage à se porter vers lui.

Nous reviendrons plus en détail sur ces questions à propos du transfert, mais après avoir posé ces premiers jalons platoniciens de notre enquête, poursuivons avec l'étude de la *philia* chez Aristote.

A.2 PHILIA

Nous sommes frères de notre patient en tant que, comme lui, nous sommes les fils du discours
Lacan¹²³

On trouve dans les *Préceptes du Corpus Hippocratique* : « Là où est l'amour des hommes – *philanthrôpia* – est aussi l'amour de l'art – *philotekhnē* »¹²⁴. Ce traité est tardif et probablement sous influence stoïcienne, mais Lain Entralgo situe dans la période hippocratique (et platonicienne) les débuts de l'amitié médicale¹²⁵. L'amitié, en tant que « mode générique de relation interhumaine, fut, pour les Grecs, le fondement de la relation entre médecin et malade, spécifiée sous le nom d'amitié médicale », comme le rappelle le précepte cité plus haut : une union adéquate entre l'amour de l'homme en tant qu'être humain et l'amour de l'art de guérir¹²⁶. L'asclépiade hippocratique et le médecin libre du livre des *Lois*¹²⁷ sont l'ami de leur malade car celui-ci est soit « un frère dans la filiation commune de tous les hommes par rapport à la physis » soit un membre de « la communauté humaine de la polis »¹²⁸. Mutatis mutandis, Lain-Entralgo décrit également les formes « actuelles » de l'amitié médicale, qui reste la base de la relation médecin-malade, car « l'assistance technique au malade est, en définitive, une aide apportée par un homme à un autre homme »¹²⁹. On est alors en 1969, et il semble bien qu'une page ait été tournée depuis.

En effet, sauf exceptions, le modèle érotique de la *philia* ne suscite guère plus d'intérêt positif qu'*erôs* en médecine. Il est parfois écarté sans être discuté¹³⁰. Beresford souligne que la *philia* ne saurait rendre compte des relations souvent anonymes dans le contexte moderne de l'organisation des soins, mais surtout que cela retentirait sur la possibilité d'exercer un jugement phronétique¹³¹. Jean Lombard ne mentionne pas du tout la *philia* dans un ouvrage qui dresse pourtant l'inventaire des aspects de la médecine abordés par Aristote¹³². De fait, si Aristote prend très souvent exemple de la médecine dans l'*Ethique à Nicomaque* (une quarantaine d'occurrences !), il ne la mentionne qu'une seule fois dans les deux chapitres (soit

¹²³ LACAN Jacques, *...ou pire*, op.cit., séance du 21 juin 1972.

¹²⁴ HIPPOCRATE DE COS, « Préceptes », *Ceuvres complètes*, vol. 9, trad. Emile Littré, Paris, J.-B. Baillière, 1861, p.259.

¹²⁵ LAIN ENTRALGO Pedro, *Le médecin et le malade*, op.cit.

¹²⁶ Ibid., p.21.

¹²⁷ PLATON, *Lois*, 720.

¹²⁸ LAIN ENTRALGO Pedro, *Le médecin et le malade*, op.cit., p.40.

¹²⁹ Ibid., p.150. Cette relation d'assistance médicale est nommée une *quasi-dyade*, entre la coopération du duo des camarades et la dyade amicale ou érotique.

¹³⁰ « Ce serait d'une part quelque peu en contradiction avec le serment d'Hippocrate (déjà bien loin de notre pratique, il faut le reconnaître), mais aussi en contradiction avec une pratique objective ». LOSSIGNOL Dominique, « Une réflexion sur l'amour... », art.cit.

¹³¹ BERESFORD Eric B, « Can phronesis save the life of medical ethics? », art.cit.

¹³² LOMBARD Jean, *Aristote et la médecine...*, op.cit..

un cinquième du livre) consacrés à la *philia*¹³³ ! On peut mentionner aussi les difficultés à être le médecin de ses amis. Par exemple, dans une enquête menée auprès de patients, que le médecin soit devenu un ami semble constituer un obstacle pour évoquer avec lui une dépendance à l'alcool¹³⁴.

Pour les soins infirmiers par contre, Michel Poisson trouve dans le « prendre soin » infirmier contemporain des traces du lien d'amitié tel qu'il prend forme à l'époque hippocratique¹³⁵. Mais Frédéric Gros affirme au contraire que « l'amitié ne saurait entrer dans le cadre d'une éthique du soin et de l'accompagnement, sauf à verser dans la démagogie »¹³⁶. Par ailleurs, le caractère électif de la *philia* ne peut supporter une dynamique sociale collective qui doit inclure les « non-amis »¹³⁷.

Quelques concessions sont admises. Si pour Gallagher, le modèle de la *philia* n'est pas très approprié en médecine, il peut servir à penser les relations au sein d'une équipe de soins, ce que suggère aussi Bleakley¹³⁸. Pougnet examine sous l'angle de la *philia* aristotélicienne la relation particulière, inégale en apparence mais empreinte de réciprocité, entre un interne en formation et le médecin senior¹³⁹.

Céline Lefève a consacré une étude la question de l'amitié dans le soin : « La relation de soin doit-elle être une relation d'amitié ? »¹⁴⁰ Ce qui contrevient au rapprochement avec l'amitié est examiné en premier lieu. Ainsi la relation d'amitié suppose une égalité, alors que la relation de soins est asymétrique (Céline Lefève use d'une conception plus restreinte de l'amitié que la *philia* aristotélicienne). L'amitié n'est pas utile et est à elle-même sa propre fin,

¹³³ ARISTOTE, *EN* 1164b22 : « Une difficulté est également soulevée par des questions telles que celle-ci : doit-on tout concéder à son père et lui obéir en toutes choses, ou bien quand on est malade doit-on plutôt faire confiance à son médecin, et, dans le choix d'un stratège, faut-il plutôt voter pour l'homme apte à la guerre ? ».

¹³⁴ MAMONT Pierre-Alexei, « Réflexions de patients alcoolo-dépendants sur leur parcours de soins : médecine générale et médecine spécialisée hospitalière à Colmar », Thèse de doctorat en médecine, Strasbourg 2017-51.

¹³⁵ POISSON Michel, « Au-delà du cure et du care : l'histoire de la relation médecin malade comme source de réflexion pour penser la relation infirmière-malade au XXIème siècle », *Recherche en soins infirmiers* 2015/3 ;122 : 26-38.

¹³⁶ GROS Frédéric, « Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin », *Recherche en soins infirmiers* 2007/2 ; 89 : 15-20. Il vise les soins infirmiers, mais rien dans son texte ne laisse supposer qu'il en irait différemment pour la médecine.

¹³⁷ BRUNI Luigino, « Éros, Philia et Agapè. Pour une théorie de la réciprocité, plurielle et pluraliste », *Revue du MAUSS* 2010/1 ;35 : 389-413.

¹³⁸ GALLAGHER Ann, WATSON Fraje, FITZPATRICK Noel, « Love as a core value... », art.cit. BLEAKLEY Alan, « A common body of care : the ethics and politics of teamwork in the operating theater are inseparable », *Journal of Medicine and Philosophy*, 2006;30:305-322.

¹³⁹ POUGNET Richard, POUGNET L, « Apports de l'amitié aristotélicienne pour l'éthique de la relation entre internes et médecins séniors », *Ethique et Santé* 2017 ; 14 : 225-230. « La valeur de la relation confraternelle médicale verticale réside donc dans l'utilité de cette relation, laquelle apporte une maximisation du bien commun, considéré comme qualité des soins médicaux ; maximisation dans la mesure où le travail de l'un complète le travail de l'autre, où les connaissances de l'un (le séniors) apportent dynamisme à l'autre (l'interne) et où les impératifs d'accroissement de la maîtrise de la médecine de l'autre sont le moteur de l'amélioration des pratiques du premier. Cette relation est donc source d'intérêts réciproques ». « Parfois, les médecins et les internes sympathisent réellement ; ils prennent du plaisir à être ensemble ». « Chacun donne et reçoit ; chacun participe au perfectionnement de l'autre ; chacun reçoit de l'autre une aide à son propre développement. Il s'agit bien d'une vertu car c'est une habitude dans la pratique quotidienne qui aide chacun à s'accomplir, soit en tant que médecin accompli qui soigne, soit en tant que médecin en formation qui apprend. »

¹⁴⁰ LEFEVE Céline, « La relation de soin doit-elle être une relation d'amitié ? », in BENAROYO Lazare, LEFEVE Céline, MINO Jean-Christophe, WORMS Frédéric (dir), *La philosophie du soin*, Presses Universitaires de France, Paris, 2010, p.107-126. Elle distingue la relation médecin/patient et la relation de soin, laquelle suppose comme caractéristiques l'ouverture du médecin à la parole du malade et le souci de son individualité.

alors que la relation de soins est finalisée par le rétablissement de la santé du malade. L'amitié naît librement, ou du moins ne résulte pas d'un choix (elle s'impose par attirance et sympathie réciproque qui coïncident avec la joie d'être ensemble, ou surgit d'une rencontre affective et sélective), alors que la relation de soin est imposée au malade par la souffrance, et au médecin par le choix de sa profession. D'un côté rareté, partialité, préférences, réciprocité, de l'autre multiplicité, inconditionnalité, distance objective, gratitude. La relation de soins peut aussi être perturbée par l'amitié. Au vu de toutes ces remarques, on pourrait conclure que « la relation de soin ne peut, et partant, ne doit pas être une relation d'amitié. (...) Elle devrait aussi être déconseillée »¹⁴¹.

Toutefois, Céline Lefève indique les directions que peut, et même devrait prendre la relation de soin en mettant en œuvre « certains modes de relations et certaines vertus propres à l'amitié », pour non seulement gagner en efficacité mais aussi remplir « la visée éthique du soin, à savoir la prise en compte et le respect de l'individualité du sujet malade » : la relation d'amitié inspire alors la relation de soins. La fécondité de l'empathie est au service de la compréhension du patient et de sa normativité. La communication se fait débat et dialogue. La visée du soin n'est-elle pas, à l'instar de l'amitié, accomplissement de la singularité et de la liberté du malade ? La réciprocité de l'amitié n'est-elle pas analogue à la sollicitude de Ricoeur ?¹⁴² D'une certaine manière, son article clôt les investigations sur l'amitié dans la relation de soins, en dressant les points de similitude des modèles idéaux de l'une et de l'autre.

C'est l'exemple de Françoise Héritier qui lève nos hésitations à reprendre l'enquête depuis son point de départ, comme si on ne savait encore rien de l'amitié¹⁴³. Elle écrit en effet une « lettre à un ami », qui se trouve être son médecin, le professeur Jean-Charles Piette, « grand clinicien (...) adoré de ses patients dont je suis depuis trente ans », « quelqu'un que j'aime beaucoup »¹⁴⁴. Le livre est une réponse à une carte postale que « "Monsieur Piette" comme je l'appelle dans mon for intérieur », lui a envoyée depuis ses vacances en Ecosse. Dans la présentation qui précède la lettre proprement dite, elle fait le portrait de ce médecin,

« toujours au bord de l'épuisement physique et moral, consacrant des heures à chaque patient, capable de raccompagner le dernier du jour à son domicile s'il l'a fait trop attendre ou d'aller en chercher un au train, capable de folles générosités et de coups de tête tout aussi fous ».

Elle a le sentiment qu'elle participe à la charge mentale qui pèse sur lui (« *Nous* lui volons sa vie »), même s'il « se laisse déposséder de sa vie » et qu'il « vole lui-même sa propre vie », en faisant l'impasse « sur toutes ces choses agréables auxquelles notre être profond aspire ». Dans l'énumération – qui forme le gros de l'ouvrage – des petites choses qui sont pour elle « le sel de la vie », je retiens celle-ci, qui a trait à notre propos : « s'éprouver sereinement chez soi au service de médecine interne à La Pitié »¹⁴⁵. Vers la fin de la lettre, elle s'adresse au « très

¹⁴¹ Ibid., p.112.

¹⁴² Ibid., p.115.

¹⁴³ Pour être plus précis : nous avons rencontré la thématique du médecin-ami assez souvent, sans nous y attarder. De nombreux patients déclarent que leur médecin traitant est un ami.

¹⁴⁴ HERITIER Françoise, *Le sel de la vie. Lettre à un ami*, Paris, Odile Jacob, 2012.

¹⁴⁵ Ibid., p.62.

cher Jean-Charles ». On comprend qu'elle espère que ce « florilège intime de sensualité » puisse lui transmettre un conseil de vie, pour le bonheur d'un être écrasé de responsabilités.

On peut relire ces lignes en mode d'*erôs*, pour faire le lien avec ce qui a précédé et atténuer le contraste entre *erôs* et *philia* : l'aimé est le médecin (adoré de ses patients), mais celui-ci n'est-il pas avant tout présenté comme un aimant ? N'est-il pas, aux yeux de Françoise Héritier, dans cette disposition favorable, secourable et bienfaisante que décrivait Aristophane, porté à l'exploit, à accomplir des choses grandes et belles dans lesquelles il ne se risquerait pas sans l'inspiration d'*Erôs* (Phèdre) ? Ceux qui l'ont fréquenté comme collègue le décrivent aussi comme un fils de Penia et Poros, animé d'un désir farouche pour la médecine (Diotime), et à ce titre, plein de cette science des érotiques du corps (Eryximaque) ? Est-il alors exagéré de penser que ce médecin éraste suscite en retour « l'affection, la gratitude et l'admiration, sentiments que regroupe le terme *philia* »¹⁴⁶ ? Et c'est encore Erôs qui emplit l'auteure de la lettre « du sentiment d'appartenir à une même famille » (Agathon). Ce qu'elle ne sait peut-être pas, c'est l'objet du désir de son médecin. Car ce qu'indique son engagement généreux au prix de se voler les agréments de l'existence, n'est-ce pas quelque chose de l'ordre du « Je te veux, mais tu n'es pas ce que je veux »¹⁴⁷ ? Et si elle lui adresse « le sel de la vie », « rien de bien sorcier », n'est-ce pas une forme de réciprocité dans la *therapeia*¹⁴⁸ ?

2.1. Extension de la *philia*

Entrons à présent dans le vif de la *philia*. *Philia* est le nom dérivé du verbe *to philein*, qui signifie aimer, chérir, au sens large, étendu aux objets¹⁴⁹. On pourrait alors traduire *philia* par amour, plutôt que par amitié, comme il est d'usage¹⁵⁰. Benveniste consacre un chapitre de son *Vocabulaire des institutions* au *philos*, terme bien plus complexe que son acception sentimentale (l'ami)¹⁵¹. Dans la langue homérique, *philos* marque aussi la possession sans relation amicale. Et le verbe *philein* signifie aussi « baiser ». Pour tenter de rendre compte des trois sens, Benveniste rappelle que chez Homère, « tout le vocabulaire des termes moraux est fortement imprégné de valeurs non individuelles, mais relationnelles ». Ainsi, *philos* et *aidôs* sont constamment liés. *Aidôs* désigne les devoirs réciproques entre alliés, parents, domestiques, amis : respect, révérence, appel à la solidarité, sentiment de déférence¹⁵². « Tous ceux qui sont unis entre eux par des devoirs réciproques d'*aidôs* sont appelés *philoï* ».

¹⁴⁶ BRISSON Luc, « Introduction », in PLATON, *Le Banquet*, op.cit., p.59-60.

¹⁴⁷ HALPERIN David M, *Amour et ironie...*, op.cit., p.34

¹⁴⁸ Françoise Héritier est décédée fin 2017 à la Pitié-Salpêtrière (Wikipédia). Des témoignages radiophoniques et les photographies les plus tardives font penser qu'elle avait été traitée par corticoïdes, traitement qui impose au malade un régime sans sel. Aussi « le sel de la vie » est-il un titre malicieux ?

¹⁴⁹ Marion rappelle que la traduction de *philein* par « aimer » est d'ailleurs incomplète : il doit aussi s'entendre comme « s'y connaître ». CITOT Vincent, GODO Pierre, « Entretien avec Jean-Luc Marion », art.cit.

¹⁵⁰ Perrin note que « ce mot signifie tout autant amour, bienfaisance, entente ou sympathie ». PERRIN Christophe, « Egalité et réciprocité : les clés de la *philia* aristotélicienne », *Le Philosophoire* 2007/2 ; 29 : 259-80.

¹⁵¹ BENVENISTE Emile, *Le vocabulaire des institutions indo-européennes*. 1. *Economie, parenté, société*, Paris, Les Editions de Minuit, 1969, p.335-353.

¹⁵² Nous retrouverons plus tardivement cette notion chez Platon et Aristote, traduite généralement par pudeur. Faisant fi de considérations chronologiques, on pourrait suggérer que la *philia*, associée à l'*aidôs*, est une socialité pudique quand pour *erôs* rien n'est honteux.

Mais la notion de *philos* recouvre aussi le comportement vis-à-vis du *xénos*, l'hôte étranger, l'étranger à qui est fait hospitalité. La *philotès* est un pacte (accueil, gîte, garantie) qui fait des contractants des *philoï*, engagés dans une prestation réciproque d'hospitalité. Benveniste propose le néologisme « hospiter » pour traduire *philein* dans ce contexte.

Le rapport entre les dieux et les mortels se décline aussi ainsi : les dieux *philein* souvent les mortels, en retour un homme peut être *philos* aux dieux. Il peut y avoir des relations de *philotes* – engagement par serment – entre combattants qui donc ne sont pas amis du tout, comme Méléna et Pâris qui s'affrontent pour la possession d'Hélène, ou comme Achille et Hector. Au niveau institutionnel, « le comportement indiqué par *philein* a toujours un caractère obligatoire et implique toujours réciprocité », y compris le baiser, marque de reconnaissance entre *philoï*. Selon Benveniste, le sentiment d'amitié est donc second au lien étroit qui s'établit, et le nom de *philos* va ensuite s'étendre aux proches qui vivent au même foyer (rapports intra-familiaux). Le sens affectueux de *philos* donne un substantif, *philia*, distinct de *philotès* ; *philein* s'enrichit du sens « aimer d'amour sensuel ». Ces rappels sont utiles pour mieux comprendre la perspective large qu'Aristote accorde à la *philia*, et son insistance sur la réciprocité.

De fait, l'*Ethique à Nicomaque* décrit une grande variété de relations humaines, rassemblées sous une seule figure, la *philia*, dont le modèle le plus abouti est l'amitié philosophique. La place qu'elle occupe (deux chapitres sur dix¹⁵³) marque l'importance des liens sociaux dans une perspective eudémoniste : pour être accomplie, la vie d'un homme doit inclure le bien des amis, de la famille, de la cité. L'amitié, encore aujourd'hui, a une dimension éthique et politique, c'est une valeur, un sentiment, et une pratique sociale¹⁵⁴.

Aristote traite de la *philia* et non d'*erôs*. Ceci a été remarqué. James Mac Evoy suggère la possibilité que « cet effacement relatif de l'*erôs* s'explique par une réaction délibérée du Stagiritte contre l'érotique du Banquet »¹⁵⁵. Si le *philos* est le proche, quel que soit le type de proximité, la *philia* contraste avec *erôs*, désir creusé par la distance avec l'autre¹⁵⁶. Par contre, Aristote mentionne des traits communs entre l'amitié véritable et l'état amoureux :

« On ne peut pas être un ami pour plusieurs personnes, dans l'amitié parfaite, pas plus qu'on ne peut être amoureux de plusieurs personnes en même temps (car l'amour est une sorte d'excès, et un état de ce genre n'est naturellement ressenti qu'envers un seul) » (*EN* 1158a 10).

¹⁵³ Dans la *Rhétorique* Aristote consacre quelques pages à l'amitié (*Rhét.* Livre II, chapitre 4), dans une série consacrée à passer en revue des « dispositions affectives » (pathos) qui font varier nos jugements » (*Rhét.* 1378a). « Aimer bien (philein) c'est vouloir pour quelqu'un ce qu'on croit être bien – pour lui, non pour soi- et c'est être capable de le lui procurer, dans la mesure où on le peut » (*Rhét.* 1380b). Le *philos*, c'est celui qui vous aime bien et qu'on aime bien en retour. Il s'en suit que l'ami partage les joies et les peines de l'autre, du seul fait qu'il les éprouve ; que les amis partagent leurs opinions sur le bon et le mauvais, ont les mêmes amis et ennemis. Aristote dresse une très longue liste de tous ceux que nous aimons : ceux qui nous ont rendu service ou qui ont voulu le faire, ceux qui sont prêts à nous aider financièrement, ceux qui sont mesurés, ceux dont le commerce est agréable, ceux qui savent manier l'humour, ceux qui nous flattent et ne nous font pas la leçon, ceux qui désirent les mêmes choses que nous, etc. Nous aimons ceux dont nous voulons être l'ami, s'il est manifeste qu'ils le veulent aussi (*Rhét.* 1381a).

¹⁵⁴ SMYRNELIS Marie-Carmen, « Amitiés, des sciences sociales aux réseaux sociaux de l'internet », *Transversalités* 2010/1 ;113 : 7-30.

¹⁵⁵ MCEVOY James, « Amitié, attirance et amour chez S. Thomas d'Aquin », art.cit.

¹⁵⁶ DE OLIVEIRA GOMES Claudia, « Le contraire de la *philia*. Le tyran et l'*Érôs* », art.cit.

Aurait pu aussi prendre place dans le dialogue du Phèdre ce qu'Aristote dit du « commerce de l'amant (*philountos*) et de l'aimé (*philoumenos*) » :

« Ces derniers, en effet, ne trouvent pas leur plaisir dans les mêmes choses : pour l'un, le plaisir consiste dans la vue de l'aimé, et pour l'autre, dans le fait de recevoir les petits soins de l'amant » (EN 1157a)¹⁵⁷.

Nous ne sommes donc pas dans des domaines complètement distincts¹⁵⁸. Mais la *philia* est plus large. La *philia* est la fois une certaine vertu, ou du moins quelque chose qui ne va pas sans vertu (EN 1155a)¹⁵⁹ et à la fois « ce qu'il y a de plus nécessaire pour vivre ». C'est pour cela que l'absence d'amis, ou leur nombre insuffisant, éveille la compassion¹⁶⁰.

Averti des nombreuses divergences d'opinion à son sujet, Aristote entreprend de clarifier le domaine, en commençant par délimiter son objet, le *phileton*. On remarquera que, tout comme le désir, la *philia* porte sur un objet.

« Il semble, en effet, que tout ne provoque pas l'amitié, mais seulement ce qui est aimable, c'est-à-dire ce qui est bon, agréable ou utile », non pas en soi, mais ce qui apparaît aux hommes comme aimable (EN 1155b17-19).

Si la cause relève du bien (*agathon*), de l'agréable (*hèdu*) ou de l'utile (*chrèsimon*) (ce qui déterminera trois espèces d'amitié), quatre autres conditions sont nécessaires pour parler de *philia* : elle ne concerne pas l'attachement pour les choses inanimées, mais les rapports entre les hommes ; elle consiste à souhaiter le bien de l'autre (non pas les biens les plus grands, mais seulement les plus grands biens compatibles avec la persistance de sa nature d'homme, EN 1158b10); elle doit être réciproque ; elle ne doit pas être ignorée des intéressés¹⁶¹. Une bienveillance réciproque et visible : la visibilité de l'amitié convoque une réflexion sur ses signes, et l'illusion qui peut résulter de signes trompeurs, par exemple ceux du flatteur¹⁶².

Selon l'espèce d'objet aimable (utilité, plaisir, bien), les attachements et les amitiés vont varier. Par exemple, ceux dont l'amitié réciproque a pour source l'utilité ou le plaisir ne s'aiment

¹⁵⁷ L'amour se fane, sauf quand « l'intimité a rendu cher à chacun d'eux le caractère de l'autre, étant tous les deux d'un caractère semblable » (EN 1157a 10). Si la réciprocité entre amant et aimé ne repose que sur l'utilité et l'agrément, l'amitié est moins vive et moins durable : à quoi fait écho la conclusion du passage sur la réciprocité érotique du Phèdre : « Si donc, la partie la plus noble de l'intelligence remporte une si belle victoire, et les guide vers la sagesse et la philosophie, les deux amants passent dans le bonheur et l'union des âmes la vie de ce monde, maîtres d'eux-mêmes; réglés dans leurs mœurs » (Phèdre, 256b). Mais encore ceci, qui évoque le discours de Lysias : « l'amitié basée sur l'utilité a toujours tendance à se plaindre : les amis de cette sorte se fréquentant par intérêt, ils demandent toujours davantage, s'imaginent avoir moins que leur dû et en veulent à leur ami parce qu'ils n'obtiennent pas autant qu'ils demandent, eux qui en sont dignes ! De son côté, le bienfaiteur est dans l'incapacité de satisfaire à toutes les demandes de son obligé » (EN 1162b). Dans les relations amoureuses, l'amour passionné de l'amant n'est pas payé de retour (l'amant aime pour le plaisir), l'aimé attend que les promesses de l'amant soient tenues (l'aimé aime pour l'utilité) (EN 1164a). Ces amitiés ne sont pas stables ni durables, si ce n'est pas l'autre qui est chéri, mais les avantages attendus.

¹⁵⁸ Que l'amitié (*philia*) pour un semblable ou entre hommes de condition inégale soit poussée à l'extrême, et nous l'appelons Eros : on trouve cette remarque dans PLATON, *Lois*, 837b.

¹⁵⁹ « L'amitié est en effet une certaine vertu, ou ne va pas sans vertu ; de plus, elle est ce qu'il y a de plus nécessaire pour vivre . Car sans amis personne ne choisirait de vivre, eût-il tous les autres biens » (EN 1155a4).

¹⁶⁰ ARISTOTE, *Rhét.* 1386a.

¹⁶¹ « Ce n'est que si la bienveillance est réciproque qu'elle est amitié . (...) Il faut donc qu'il y ait bienveillance mutuelle, chacun souhaitant le bien de l'autre : que cette bienveillance ne reste pas ignorée des intéressés ; et qu'elle ait pour cause l'un des objets dont nous avons parlé » (EN 1155b33 - 1156 a4);

¹⁶² SERE Bénédicté, « De la vérité en amitié. Une phénoménologie médiévale du sentiment dans les commentaires de l'Éthique à Nicomaque (XIIIe-XVe siècle) », *Revue historique* 2005/4 ; 636 : 793-820.

pas l'un l'autre pour eux-mêmes, mais en tant qu'il y a quelque bien ou quelque agrément qu'ils retirent l'un de l'autre. Aimer une personne non pour elle-même mais en tant qu'elle est utile ou agréable : l'amitié est simple moyen en vue d'une fin. « Elle n'engage pas en profondeur l'identité personnelle des amis »¹⁶³. Ce sont alors des amitiés accidentelles, fragiles, instables, qui ne durent qu'un temps : « dès que les deux amis ne demeurent pas pareils à ce qu'ils étaient : s'ils ne sont plus agréables ou utiles l'un à l'autre, ils cessent d'être amis » (*EN* 1156a20).

2.2. L'amitié véritable

A ces deux espèces de *philia* « intéressée », Aristote oppose par contraste l'amitié parfaite entre hommes semblables en vertu : seuls les hommes vertueux peuvent être amis pour ce qu'ils sont en eux-mêmes (*EN* 1157a), ce sont alors « des amis au sens propre » (*EN* 1157b). « Ces amis-là se souhaitent pareillement du bien les uns aux autres en tant qu'ils sont bons, et ils sont bons par eux-mêmes » (*EN* 1156b). Cette espèce d'amitié est rare, car les hommes de cette trempe sont rares. De plus, elle nécessite une autre condition, celle du temps et des habitudes partagées. Il faut un long commerce « avant que chacun des intéressés se soit montré à l'autre comme un digne objet d'amitié et lui ait inspiré de la confiance ». L'amitié véritable suppose la vie en commun, et de se plaire à l'existence commune (*EN* 1158a10), ce qui va limiter le nombre des amis. La réciprocité est bien entendu au premier plan : « chaque partie reçoit de l'autre les mêmes avantages ou des avantages semblables, ce qui est précisément la règle entre amis » (*EN* 1156b35). L'amitié est une égalité (*EN* 1158a1), égalité de « volonté, de caractère, de disposition et d'action »¹⁶⁴. Christophe Perrin parle de l'équation exigeante : « amitié = égalité + réciprocité »¹⁶⁵.

A l'instar des vertus, on est bon en amitié par disposition ou en acte. A la différence d'une simple émotion (attachement) (*EN* 1157b25), l'amitié est une disposition, car elle s'accompagne d'un choix délibéré : « Et quand les hommes souhaitent du bien à ceux qu'ils aiment pour l'amour même de ceux-ci, ce sentiment relève non pas d'une émotion, mais d'une disposition ». Les vieillards et les gens moroses (mal disposés) ne sont pas enclins à l'amitié (*EN* 1157b15). Le choix (*prohairesis*) permet de distinguer la *philia* de la simple affection (*philesis*) et de la passion (*pathos*)¹⁶⁶.

La *philia* est dérivée des relations de l'individu avec lui-même¹⁶⁷. Encore faut-il préciser qu'il s'agit de la relation qu'a l'homme vertueux avec lui-même : il se souhaite et fait ce qui est bon en soi, se souhaite de vivre et de se conserver, passe sa vie avec lui-même (mémoire et espérance y contribuent)¹⁶⁸. L'ami est un autre soi-même – *ἔστι γὰρ ὁ φίλος ἄλλος αὐτός* (*EN*

¹⁶³ PEROLI Enrico, « Le bien de l'autre. Le rôle de la *Philia* dans l'éthique d'Aristote », *Revue d'éthique et de théologie morale* 2006/4 ;242 : 9-46.

¹⁶⁴ PERRIN Christophe, « Egalité et réciprocité... », art.cit.

¹⁶⁵ Ibidem.

¹⁶⁶ PEROLI Enrico, « Le bien de l'autre... », art.cit.

¹⁶⁷ *EN* 1166a : « Les sentiments affectifs que nous ressentons à l'égard de nos amis, et les caractères qui servent à définir les diverses amitiés semblent bien dériver des relations de l'individu avec lui-même ».

¹⁶⁸ Par contraste, les individus « de perversité courante » « sont en désaccord avec eux-mêmes, leur concupiscence les poussant à telles choses, et leurs désirs rationnels à telles autres : c'est par exemple le cas des intempérants, qui, au lieu de ce qui, à leurs propres yeux, est bon, choisissent ce qui est agréable mais nuisible. D'autres, à leur tour,

1166a30). Attention, il ne s'agit pas d'un amour sensuel (égoïsme vicieux qui attribue à soi-même une part trop large dans les richesses, les honneurs ou les plaisirs du corps) mais d'un égoïsme vertueux qui met son zèle à désirer les biens nobles (EN 1168a-b)¹⁶⁹.

« L'homme vertueux a le devoir de s'aimer lui-même (car il trouvera lui-même profit en pratiquant le bien, et en fera en même temps bénéficier les autres), *alors que l'homme vicieux ne le doit pas* (car il causera du tort à la fois à lui-même et à ses proches, en suivant comme il fait ses mauvaises passions) » (EN 1169a)¹⁷⁰.

Pour l'homme vertueux, agir en faveur de ses amis est indissociable de l'amour de soi. La *philautia* est bienfaisance généreuse pour l'ami¹⁷¹. L'égoïsme vertueux connecté à l'amour d'autrui sera repris par la théologie médiévale qui thématise l'amour du prochain¹⁷², et par Spinoza¹⁷³.

Ouvrons une parenthèse. Pour Marion, revendiquer ou proclamer l'amour de soi, c'est être conscient de ne pas le posséder...¹⁷⁴ Et Freud, selon Lacan, n'a pas consenti au commandement évangélique « Tu aimeras ton prochain », parce qu'il se méfiait du « comme toi-même ». Car il sait combien l'amour de soi est grand : c'est la force du narcissisme¹⁷⁵. Mais le narcissisme comporte « une dialectique secrète », qui ne s'éclaire que de la distinction à faire entre symbolique, imaginaire et réel. D'un côté « je m'aime moi-même » peut s'entendre comme « je suis lié à mon corps par (...) la libido ». D'un autre, « ce que j'aime en tant qu'il y a un moi, où je m'attache d'une concupiscence mentale, n'est pas ce corps dont le battement et la pulsation

par lâcheté et par fainéantise, renoncent à faire ce qu'ils estiment eux-mêmes le plus favorable à leurs propres intérêts. Et ceux qui ont commis de nombreux et effrayants forfaits et sont détestés pour leur perversité en arrivent à dire adieu à l'existence et à se détruire eux-mêmes. (...) De plus, n'ayant en eux rien d'aimable, ils n'éprouvent aucun sentiment d'affection pour eux-mêmes. Par suite, de tels hommes demeurent étrangers à leurs propres joies et à leurs propres peines, car leur âme est déchirée par les factions : l'une de ses parties, en raison de sa dépravation, souffre quand l'individu s'abstient de certains actes, tandis que l'autre partie s'en réjouit ; l'une tire dans un sens et l'autre dans un autre, mettant ces malheureux pour ainsi dire en pièces. Et s'il n'est pas strictement possible qu'ils ressentent dans un même moment du plaisir et de la peine, du moins leur faut-il peu de temps pour s'affliger d'avoir cédé au plaisir et pour souhaiter que ces jouissances ne leur eussent jamais été agréables : car les hommes vicieux sont chargés de regrets » (EN 1166a8-25).

¹⁶⁹ PEROLI Enrico, « Le bien de l'autre... », art.cit.

¹⁷⁰ Chez l'homme vicieux, il y a donc un désaccord entre ce qu'il fait et ce qu'il doit faire, alors que l'homme vertueux doit faire ce qu'il fait « puisque toujours l'intellect choisit ce qu'il y a de plus excellent pour lui-même, et que l'homme de bien obéit au commandement de son intellect » (EN 1169a 18 ; accent Kantien ?)

¹⁷¹ « Mais il est vrai également de l'homme vertueux qu'il agit souvent dans l'intérêt de ses amis et de son pays, et même, s'il en est besoin, donne sa vie pour eux : car il sacrifiera argent, honneurs et généralement tous les biens que les hommes se disputent, conservant pour lui la beauté morale de l'action : il ne saurait, en effet, que préférer un bref moment d'intense joie à une longue période de satisfaction tranquille, une année de vie exaltante à de nombreuses années d'existence terre à terre, une seule action, mais grande et belle, à une multitude d'actions mesquines. Ceux qui font le sacrifice de leur vie atteignent probablement ce résultat ; et par là ils choisissent pour leur part un bien de grand prix. Ils prodigueront aussi leur argent si leurs amis doivent en retirer un accroissement de profit : aux amis l'argent, mais à eux la noblesse morale, et ils s'attribuent ainsi à eux-mêmes la meilleure part » (EN 1169a 19-26).

¹⁷² GRELLARD Christophe, « Dieu, les autres et moi : La hiérarchie des dilections à la fin du Moyen Âge », *Médiévales* [En ligne], 63, automne 2012.

¹⁷³ Chez Spinoza aussi, le rapport à soi détermine le rapport à autrui. Désir, conservation de soi, recherche de ce qui augmente la puissance d'agir : le déploiement du conatus passe par la connaissance de soi et de l'amour de soi : « J'entendrai par bon ce que nous savons avec certitude nous être utile » (E IV, définition I). « Comme la Raison ne demande rien qui soit contre la Nature, elle demande donc que chacun s'aime lui-même, cherche l'utile propre, ce qui est réellement utile pour lui, appète tout ce qui conduit réellement l'homme à une perfection plus grande et, absolument parlant, que chacun s'efforce de conserver son être, autant qu'il est en lui » (E IV, prop.18, scolie).

¹⁷⁴ MARION Jean-Luc, *Le phénomène érotique*, op.cit., p.90.

¹⁷⁵ LACAN Jacques, « Conférence à Bruxelles sur l'éthique de la psychanalyse », op.cit., p.13-65.

échappent trop évidemment à mon contrôle, mais une image » et cette image est trompeuse (« Il est beau, il est grand, il est fort. Il l'est plus encore même d'être laid, petit et misérable »). Autrement dit, « je m'aime moi-même en tant que je me méconnais essentiellement. Je n'aime qu'un autre »¹⁷⁶.

Mais revenons à Aristote sans lui faire grief de ce qu'il avance. On voit suffisamment que la *philia* véritable (communauté, ressemblance, réciprocité) ne semble pas pouvoir concerner la relation médicale commune. L'amitié véritable est sélective¹⁷⁷. Si le choix délibéré peut correspondre à l'engagement médical de se dévouer pour les intérêts de son malade, la symétrie caractéristique de la *philia* aristotélicienne manque toujours dans la relation médicale.

Ainsi est esquissée une amitié parfaite, entre gens de bien, à l'abri des épreuves, et deux autres espèces, inférieures, qui « ne sont des amitiés que par ressemblance » (EN 1157a 30). Aristote concède cependant une certaine unité, ne serait-ce que nominale,

« étant donné que les hommes appellent aussi *amis* à la fois ceux qui ne recherchent que leur utilité, comme cela arrive pour les cités (car on admet généralement que les alliances entre cités se forment en vue de l'intérêt), et ceux dont la tendresse réciproque repose sur le plaisir, comme c'est le cas chez les enfants » (EN 1157a25).

D'ailleurs une forme de réciprocité véritable concerne toutes les espèces d'amitié. Certes, l'échange qui y prend part n'est pas toujours échange d'avantages identiques, il peut y avoir un échange asymétrique (plaisir contre profit par exemple) (EN 1158b1). Nous verrons toutefois que dans quelques remarques sur la bienfaisance, Aristote semble ouvrir la porte à une action qui n'attend pas de réciprocité.

2.3. Les amitiés fondées sur l'utilité

Autant la *philia* véritable semble réservée à quelques privilégiés, autant les liens d'amitié fondés sur l'utilité (ou sur l'agrément) peuvent concerner tout un chacun (EN 1157a) : ce type de lien semble plus répandu dans les rapports qu'entretiennent médecins et malades.

Faisons un bref retour en arrière. Socrate dans le *Lysis* de Platon subordonne la *philia* à l'utilité et l'utilité suppose de posséder un savoir dont l'exercice peut rendre service aux autres :

« Si tu deviens savant, tout le monde s'attachera à toi, car tu seras utile et bon. Sinon, personne ne t'aimera, ni ton père, ni ta mère, ni tes proches »¹⁷⁸.

Indiquons déjà ici un motif secret pour une vocation soignante : être aimé (pour son utilité). Nous avons tendance en effet à vouloir être l'ami de quelqu'un qui possède des compétences dans un domaine où nous manquons nous-mêmes d'expertise (*Lysis* 210c-d). Si le corps en bonne santé n'a nul besoin de médecin, *le malade aime le médecin en raison de la maladie* (*Lysis* 217b). Il est ami du médecin en vue de la santé (*Lysis* 218e). Ainsi du corps :

¹⁷⁶ Ibidem.

¹⁷⁷ Alors que l'amitié fondée sur l'utilité ou le plaisir est compatible avec la possibilité de plaire à beaucoup de personnes (EN 1158a15).

¹⁷⁸ PLATON, *Lysis*, 210d.

« Le corps, qui n'est ni bon ni mauvais, est ami de la médecine à cause de la maladie, c'est-à-dire à cause du mal ; or la médecine est un bien, et c'est en vue de la santé (une amie pour le corps) que la médecine se fait aimer » (*Lysis* 219b).

La *philia* utilitaire n'est donc pas, chez Platon, une forme amoindrie de *philia*. Toutefois, Dorion souligne qu'il serait « inexact d'affirmer que Socrate défend une conception étroitement utilitaire de la *philia* »¹⁷⁹. C'est le savoir qui en est le fondement, savoir qui précède et est la source de l'utilité. Dans le *Charmide*, le savoir vraiment utile est la science qui se rapporte au bien et au mal, sans lequel les médecins seraient incapables « de déterminer si les produits et les résultats de leur activité sont bons et utiles »¹⁸⁰.

Le médecin est utile au malade, et il peut aussi lui procurer de l'agrément, du bien-être¹⁸¹. L'utilité de l'action médicale est une condition indispensable à sa rationalité propre, tendue vers des effets bénéfiques pour le malade¹⁸². Pour ces raisons, les malades cherchent l'amitié utilitaire de leur médecin. Mais aussi, le malade peut être utile et agréable au médecin¹⁸³. Et la question de la réciprocité dans l'agrément est aussi un angle d'analyse possible des « relations satisfaisantes » qu'entretiennent les médecins avec certains de leurs malades et qui les consolent de la dureté du travail.

Parmi les aspects traités par Aristote (nous ne les examinons pas tous), l'examen des griefs qui prennent régulièrement place dans l'amitié utilitaire rend nécessaire une distinction entre plusieurs variétés. La *philia* fondée sur l'utile peut être morale (ses conditions restent indéterminées) ou légale (convention écrite – contrat), et il y a deux variétés du type légal, mercantile (paiement comptant, de la main à la main) et libéral (un délai est octroyé pour le paiement). La réciprocité dans les amitiés utilitaires de type légal mercantile est une forme de coopération contractuelle qui n'exige ni bienveillance ni gratuité¹⁸⁴. Les griefs surviennent quand les intéressés s'acquittent de la convention en se réclamant d'un type d'amitié différent de celui de la convention correspondante, autrement dit, quand il y a malentendu sur la variété en cause.

On songe à ce qui se produit en médecine : comment est rémunérée l'utilité de l'acte ? Qu'en est-il des dépassements d'honoraires ? Qu'est-ce qui est exigible du médecin salarié ? Nous n'entendons pas traiter ce sujet en détail, mais quelques remarques d'Aristote peuvent entrer en résonance avec ces questions. Ainsi le contrat qui oblige à « remettre une chose déterminée contre une autre chose », renferme un élément affectif s'il octroie un délai de paiement. Aristote mentionne aussi que « chez certains peuples il n'existe pas d'actions en

¹⁷⁹ DORION Louis-André, « Socrate et l'utilité de l'amitié », *Revue du MAUSS* 2006/1 ; 27 : 269-88.

¹⁸⁰ Ibidem.

¹⁸¹ C'est le cœur de la dispute sur le remboursement de l'homéopathie. Les homéopathes plaident pour l'utilité de leurs thérapies, et leurs opposants entendent ranger l'effet placebo du côté du simple agrément.

¹⁸² NORDIN Ingemar, « Expert and non-expert knowledge in medical practice », *Medicine Health care and Philosophy*, 2000;3:297-304.

¹⁸³ Certains malades apparaissent alors plus utiles que d'autres, et les appellations qui fleurissent parfois (bed blockers, etc.) témoignent du peu de considération accordée aux malades dont l'utilité est douteuse : dans chaque hôpital stagnent au service des urgences des malades dont personne ne veut.

¹⁸⁴ Bruni souligne qu'elle naît d'une indigence réciproque : nous cherchons dans l'autre ce qui nous manque. Les prestations trouvent un équivalent objectif sous la forme de l'étalon monétaire. Ce type d'interactions suppose une vie sociale qui permet à des personnes dépourvues de liens privilégiés d'entretenir des relations avantageuses. BRUNI Luigino, « Éros, Philia et Agapè... », art.cit.

justice pour sanctionner ces obligations, mais on estime que ceux qui ont traité *sous le signe de la confiance* doivent en supporter les conséquences » (EN 1162b30). De même, dans le type moral, le « don ou tout autre avantage quelconque est consenti à titre amical », mais celui qui donne s'attend à recevoir en retour « une valeur égale ou même supérieure, comme s'il n'avait pas fait un don mais un prêt ». C'est en des termes analogues que Marcel Mauss évoque le don, apparemment libre et gratuit, et cependant contraint et intéressé, en attente du contre-don¹⁸⁵.

Si la règle pratique est de « rendre l'équivalent de ce qu'on a reçu, et cela sans se faire prier : car on ne doit pas faire de quelqu'un son ami contre son gré »¹⁸⁶, comment évaluer la valeur du service rendu ? Doit-on la mesurer par l'utilité qu'en retire celui qui le reçoit, ou par « le prix qu'il coûte au bienfaiteur » ?¹⁸⁷ L'obligé aura tendance à minimiser l'importance du service, le bienfaiteur à la maximiser¹⁸⁸.

2.4. Les amitiés entre inégaux

D'autres espèces d'amitiés encore sont envisagées par Aristote, qui impliquent toutes une asymétrie de condition : une supériorité d'une partie sur l'autre (par exemple l'affection d'un père à l'égard de son fils), une différence d'âge, un lien conjugal, un rapport d'autorité, ou encore la relation avec les hôtes (EN 1156a30)¹⁸⁹. Ces variétés asymétriques de la *philia* relevant de l'*oikos* (maître-esclave, père-enfant, époux-épouse, hôte accueillant/accueilli) comportent un principe de subordination à celui qui est capable de discerner le bien pour l'autre¹⁹⁰. Nous retrouvons la question des rapports de savoir/pouvoir sous un autre angle.

Ces amitiés particulières diffèrent aussi entre elles :

« L'affection des parents pour leurs enfants n'est pas la même que celle des chefs pour leurs inférieurs ; bien plus, celle du père pour son fils n'est pas la même que celle du fils pour son père, ni celle du mari pour sa femme la même que celle de la femme pour son mari » (EN 1158b15).

Qu'est-ce qui rend compte de cette disparité des liens, de ces différences dans les attachements et les amitiés ? La vertu et la fonction de chacun, mais aussi les raisons d'aimer,

¹⁸⁵ MAUSS Marcel, *Essai sur le don, Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques* (1923-1924), édition électronique Jean-Marie TREMBLAY, p.9.

¹⁸⁶ Si on reçoit un bienfait de quelqu'un qui n'agit pas vraiment en ami, il faut déjà le reconnaître pour pouvoir s'en libérer, et agir comme si on se situait dans un cadre légal. On a donc tout intérêt à « considérer de quelle personne nous recevons les bons offices, et en quels termes l'accord est passé, de façon qu'on puisse en accepter le bénéfice sur les bases fixées, ou à défaut le décliner » (EN 1163 a8).

¹⁸⁷ Obtenir autre chose que ce qu'on désire est aussi source de dissentiment. Aussi faut-il réfléchir à la manière de fixer le prix, et au moment du paiement (à l'avance ou après coup). Si rien n'a été fixé par convention, ce n'est pas grave si on a agi par pure bienveillance pour son ami (EN 1164a35), et le montant de la rémunération est fixé par le choix délibéré du bienfaiteur. Si par contre le service est fait pour quelque avantage corrélatif, alors il faut que la rémunération soit communément fixée, ou que ce soit la partie qui a bénéficié du service qui en fixe le montant (EN 1164b).

¹⁸⁸ Il prétendra « que ce qu'il a donné était la chose la plus importante de toutes celles dont il disposait, que personne d'autre n'était capable de la fournir, et qu'au surplus elle était concédée à un moment critique ou pour parer à un besoin urgent ». Aristote plaide pour une mesure de la valeur du côté de l'avantage de l'obligé, car c'est lui qui demande, alors que l'autre vient à son aide « dans l'idée qu'il recevra l'équivalent en retour » (EN 1162b-1163a).

¹⁸⁹ Notons le contraste avec la position exprimée par Socrate dans le *Lysis* : Entre semblables, nul secours n'est à attendre d'un alter ego, et donc nul attrait, et donc nulle amitié (PLATON, *Lysis*, 215a).

¹⁹⁰ KRONMAN Anthony T, « Aristotle's Idea of Political Fraternity », *American Journal of Jurisprudence* 1979; 24: 114-38.

sont différentes. Il en résulte aussi que les avantages retirés par les deux parties ne sont pas identiques. Par contre, l'amitié peut être stable et équitable, pour peu que l'attachement soit proportionnel :

« Ainsi, celui qui est meilleur que l'autre doit être aimé plus qu'il n'aime ; il en sera de même pour celui qui est plus utile, et pareillement dans chacun des autres cas. Quand, en effet, l'affection est fonction du mérite des parties, alors il se produit une sorte d'égalité, égalité qui est considérée comme un caractère propre de l'amitié » (EN 1158b25-29).

L'égalité n'est donc pas une égalité de nature de ce qui est donné ou reçu, elle se réalise autrement. Mais l'intervalle des conditions ne doit pas être trop grand¹⁹¹. Il est difficile de devenir l'ami de quelqu'un qui occupe une position sociale plus élevée¹⁹². Des griefs peuvent fragiliser les amitiés où existe une supériorité¹⁹³.

Est-il possible d'inscrire la relation médicale au rang de ces amitiés *a priori* asymétriques ? Réglons-nous sur le texte d'Aristote et parcourons avec lui l'examen qu'il fait d'un certain nombre de questions.

a/ S'agit-il avant tout d'aimer ou d'être aimé ?

« La plupart des hommes, poussés par le désir de l'honneur, paraissent souhaiter être aimés plutôt qu'aimer (de là vient qu'on aime généralement les flatteurs, car le flatteur est un ami en état d'infériorité ou qui fait du moins semblant d'être tel et d'aimer plus qu'il n'est aimé) » (EN 1159 a14).

Mais la *philia* consiste plutôt à aimer qu'à être aimé :

« Ce qui le montre bien, c'est la joie que les mères ressentent à aimer leurs enfants (...) elles-mêmes aiment leurs enfants même si ces derniers ne leur rendent rien de qui est dû à une mère, à cause de l'ignorance où ils se trouvent ».

La *philia* serait naturelle dans la famille¹⁹⁴.

Si le médecin, comme la plupart des hommes, se flatte des honneurs, est flatté d'être si nécessaire et utile, il peut se régler sur l'amour maternel, qui n'attend pas de retour¹⁹⁵.

¹⁹¹ « Toutefois si l'un des amis est séparé par un intervalle considérable, comme par exemple Dieu est éloigné de l'homme, il n'y a plus d'amitié possible » (EN 1159 a5).

¹⁹² Les membres des classes dirigeantes cherchent des amis utiles (mais non vertueux, et plutôt habiles à exécuter leurs ordres) et d'autres qui leur soient agréables (mais pour se distraire seulement). Mais pour s'attacher l'amitié d'un homme de bien (lequel est à la fois utile, agréable, et vertueux), il faudrait que le dirigeant soit aussi, proportionnellement, supérieur en vertu, afin qu'une égalité proportionnelle puisse être réalisée entre les deux (EN 1158a30).

¹⁹³ « car chacun des deux amis a la prétention de recevoir une part plus grande que l'autre, mais cette prétention, quand elle se fait jour, entraîne la ruine de l'amitié » (EN 1163a25). En effet, le plus vertueux, ou celui qui rend plus de services, estime que c'est à lui que doit revenir la plus large part : sinon, il supporte une charge gratuite, alors que les avantages qu'on retire de l'amitié doivent être en rapport avec l'importance du travail accompli (EN 1163a30). Par contre, « l'ami dénué de ressources ou en état d'infériorité quelconque, tient un raisonnement tout opposé : à son avis, c'est le rôle d'un véritable ami que d'aider ceux qui ont besoin de lui. À quoi sert, dira-t-il, d'être l'ami d'un homme de bien ou d'un homme puissant, si on n'a rien d'avantageux à en attendre ? » (EN 1163a35). Pour Aristote, les prétentions des deux parties sont également justifiées, mais la part qui leur revient sera différente en nature : à celui qui l'emporte en mérite on donnera plus d'honneur, et à celui qui a besoin d'assistance plus de profit matériel (EN 1163b1-4).

¹⁹⁴ Nombre d'auteurs ont remarqué que dans le *Lysis* de Platon, Socrate expose une théorie de la *philia* parentale comme aussi conditionnée par l'utilité. Il n'y a pas de *philia* naturelle entre parents et enfants, mais une *philia* peut naître si parents et enfants se rendent utiles les uns aux autres. Voir par exemple : DORION Louis-André, « Socrate et l'utilité de l'amitié », art.cit.; DAMET Aurélie, « Le sein et le couteau. L'ambiguïté de l'amour maternel dans l'Athènes classique », *Clio. Femmes, Genre, Histoire* [En ligne], 34 | 2011, mis en ligne le 31 décembre 2013.

b/ Entre personnes de conditions opposées (pauvre/riche, ignorant/savant, amant/aimé, homme beau/homme laid), l'amitié véritable est possible (EN 1159b1), mais se trouve favorisée l'amitié basée sur l'utilité (EN 1159b10) : « quand on se trouve dépourvu d'une chose dont on a envie, on donne une autre chose en retour pour l'obtenir ». C'est pourquoi l'amant peut paraître ridicule, s'il prétend être aimé comme il aime : « s'il était pareillement aimable, sans doute sa prétention serait-elle justifiée, mais s'il n'a rien de tel à offrir, elle est ridicule »¹⁹⁶.

Imaginons le médecin comme amant : il donne de son temps, de son énergie, pour obtenir ce dont il est dépourvu (le secret des causes de la maladie et le succès de la thérapie). Mais il ne peut prétendre être aimé comme il aime. Imaginons le malade comme amant : il donne sa confiance, se montre observant, reconnaissant, pour obtenir ce dont il est dépourvu lui aussi (le secret des causes de la maladie et le moyen d'y échapper). Mais il ne peut prétendre être aimé comme il aime.

c/ Les amis des communautés politiques permettent d'approfondir cette direction. En effet, dans les communautés humaines (compagnons de navigation, compagnons d'armes... équipes de soins ?) les hommes s'appellent entre eux des amis (EN 1159b25). Pour Kronman, si la *philia* rapportée à l'*oikos* (*philia* familiale) se distingue par une relation de dépendance, celle rapportée à la *polis* (*philia* politique) est caractérisée par l'autonomie des membres¹⁹⁷. Ceci suppose une mise en commun de certaines choses déterminées, plus ou moins nombreuses selon les cas. Les rapports d'amitiés varient, de même que les rapports de droits¹⁹⁸.

Comme il est naturel, dit Aristote, que la justice croisse en même temps que l'amitié, l'injustice sera d'autant plus grave qu'elle est commise envers un plus proche (exemple, il est plus choquant de refuser son assistance à un frère qu'à un étranger)¹⁹⁹.

Tirons parti de cette notation sur les rapports entre justice et amitié pour souligner que l'étendue des droits et la gravité des injustices commises envers les patients par les médecins atteste de la proximité toute particulière du lien de communauté entre médecin et malade. Un premier fondement de cette communauté pourrait être la convention, proche de la *philia xenike*, l'amitié pour un hôte. Une perspective contractualiste pourrait éventuellement s'en satisfaire. Mais si on se demande ce que médecin et malade ont en commun (en dehors de l'humanité partagée), quel est l'objet commun, la chose particulière commune ? Ne peut-on pas dire qu'ils ont en commun la maladie, en tant qu'objet de préoccupation, énigme à résoudre, difficulté à surmonter ? Comme la relation est par ailleurs transitoire, et parfois même éphémère, qu'elle n'est pas destinée à durer au-delà de sa cause, c'est son intensité qui rend compte de la gravité

¹⁹⁵ Mais l'amour sans attente de retour se dira plutôt agapè (cf plus loin).

¹⁹⁶ A rapprocher de ceci : « On veut être aimé pour tout; pas seulement pour son Moi, comme le dit Descartes, pour la couleur de ses cheveux, pour ses manies, pour ses faiblesses, pour tout ». LACAN Jacques, *Le Séminaire Livre I, Les écrits techniques de Freud*, texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris, Seuil, « Points essais », 1975, séance du 7 juillet 1954.

¹⁹⁷ KRONMAN Anthony T, « Aristotle's Idea of Political Fraternity », art. cit.

¹⁹⁸ « Les rapports de droit admettent aussi des différences : les droits des parents et des enfants ne sont pas les mêmes que ceux des frères entre eux, ni ceux des camarades les mêmes que ceux des citoyens ; et il en est de même pour les autres formes d'amitié » (EN 1160a).

¹⁹⁹ L'*othneios* n'est pas le *xenos* (l'hôte), mais l'étranger « à l'état brut, celui qui vient d'ailleurs et pour lequel il est difficile d'éprouver une affinité, même élective. L'étrangéité demeure donc chez Aristote un obstacle à l'amitié ». AUBENQUE Pierre, *Problèmes aristotéliens...* ; op.cit., p.205.

des injustices. Mais pourquoi une telle intensité, si ce n'est que des intérêts vitaux sont en jeu pour le malade ?

Toute communauté est une fraction de la communauté politique (*EN 1159b10*), et qui vise quelque fin, une utilité particulière « par exemple les navigateurs, en naviguant ensemble, ont en vue l'avantage d'acquérir de l'argent ou quelque chose d'analogue ; pour les compagnons d'armes, c'est le butin, que ce soit richesses, ou victoire, ou prise d'une ville qu'ils désirent ». L'amitié est une vertu civique²⁰⁰. Pour le médecin et le malade, il y a bien aussi un but commun, un désir commun, c'est la guérison du malade. « Certains besoins matériels ne peuvent être satisfaits que par l'association » : cette communauté médecin-malade est rendue nécessaire pour l'obtention de la satisfaction de besoins qui ne peuvent être obtenus autrement. Lain Entralgo distingue une forme particulière de relation affective entre médecin et malade, qui n'est ni l'amitié ni le transfert : la camaraderie médicale, caractérisée par la poursuite de la santé du malade comme un bien purement objectif, abstraction faite de ce qui serait plus « personnel ». Cette forme, qui convient aux « hommes qui ont pour impératif moral de se suffire à eux-mêmes », est selon Lain Entralgo « médicalement correcte » tant qu'elle ne se transforme pas en idéal politique, ce qui peut se produire si l'individu doit adapter intégralement son existence aux fins fixées par l'Etat et que le médecin n'est plus qu'un fonctionnaire chargé de pourvoir à la santé de l'individu en tant que bien public²⁰¹.

Nous avons donc au moins trois figures pour une *philia* médicale: l'amour maternel (qui met l'accent sur aimer plutôt qu'être aimé et sur l'asymétrie de conditions), la relation entre amant et aimé (qui rappelle *erôs* et que nous reverrons avec l'amour de transfert), la communauté humaine (qui met l'accent sur le but commun plus que l'asymétrie de condition). Aristote n'évoque la relation d'hospitalité qu'en passant, mais Bleakley s'en empare pour faire un rapprochement avec Levinas et souligner le parallèle entre l'acte d'hospitalité de la *philia* et la suspension de son propre désir en face de l'Autre²⁰².

2.5. Les attitudes amicales.

Nous avons déjà vu que la *philia* se rapportait à l'attitude envers soi-même (pour l'homme vertueux). Aristote examine d'autres attitudes : la bienveillance, la concorde et la bienfaisance.

La **bienveillance** est le prélude à une amitié véritable, tout comme le plaisir causé par la vue de l'être aimé est le commencement de l'amour (*EN 1167a5*)²⁰³ :

²⁰⁰ SEDAT Jacques, « Amitié antique, amitié moderne : un changement de paradigme ? », *Études* 2011/11 ;415 : 483-93.

²⁰¹ LAIN ENTRALGO Pedro, *Le médecin et le malade*, op.cit., p.191-2.

²⁰² BLEAKLEY Alan, « A common body of care... », art.cit.

²⁰³ « La bienveillance semble dès lors un commencement d'amitié, tout comme le plaisir causé par la vue de l'être aimé est le commencement de l'amour : nul, en effet, n'est amoureux sans avoir été auparavant charmé par l'extérieur de la personne aimée, mais celui qui éprouve du plaisir à l'aspect d'un autre n'en est pas pour autant amoureux, mais c'est seulement quand on regrette son absence et qu'on désire passionnément sa présence. Ainsi également, il n'est pas possible d'être amis sans avoir d'abord éprouvé de la bienveillance l'un pour l'autre, tandis que les gens bienveillants ne sont pas pour autant liés d'amitié : car ils se contentent de souhaiter du bien à ceux qui sont l'objet de leur bienveillance, et ne voudraient les secourir en rien ni se donner du tracas à leur sujet. Aussi pourrait-on dire, en étendant le sens du terme amitié, que la bienveillance est une amitié paresseuse, mais avec le temps et une fois parvenue à une certaine intimité elle devient amitié, < amitié véritable >, et non pas cette sorte

« La bienveillance (*eunoia*, bon vouloir, bonté) a quelque chose d'amical (*philike*), tout en n'étant pas cependant amitié. La bienveillance, en effet, est ressentie même à l'égard de gens qu'on ne connaît pas, et elle peut demeurer inaperçue, ce qui n'est pas le cas de l'amitié (*philia*) » (EN 1166b30).

La bienveillance n'est même encore pas la *phileisis* (action d'aimer, affection²⁰⁴). Elle n'enveloppe, en effet, ni *diatasin* (effort, distension, disposition) ni désir (*orexin*), caractères qui au contraire accompagnent toujours la *phileisis* ; et la *phileisis* ne va pas sans *synetheia* (intimité, fréquentation assidue), tandis que la bienveillance prend naissance même d'une façon soudaine (EN 1166b35). La bienveillance n'implique pas de venir en aide, l'affection reste superficielle (EN 1167a1).

Ainsi délimitée, la bienveillance selon Aristote ne suffit pas à la médecine. Nous reviendrons plus longuement ultérieurement sur l'analyse de la bienveillance et de la compassion.

La **concorde** (omónoia– le fait de s'accorder) est, elle aussi, un sentiment affectif, mais qui se rapporte à des fins pratiques importantes pour les parties intéressées. Elle est davantage qu'une simple conformité d'opinion, elle suppose par exemple que les citoyens « choisissent la même ligne de conduite et exécutent les décisions prises en commun » (EN 1167a30). C'est une amitié politique²⁰⁵. On peut songer à la concorde dans le modèle actuellement promu de la décision partagée²⁰⁶.

Mais avec la **bienfaisance**, on est de plain-pied dans la médecine, puisque les médecins ont une obligation morale de bienfaisance²⁰⁷. Faire quelque bien pour autrui, n'est-ce pas déjà l'aimer ? Aristote examine un point litigieux : il semble que « les bienfaiteurs aiment ceux auxquels ils ont fait du bien, plus que ceux auxquels on a fait du bien n'aiment ceux qui leur en ont fait » (EN 1167b17). Ce constat doit trouver une explication, qui va ouvrir sur une forme de non-réciprocité. En effet, l'explication commune (le bienfaiteur est comme un créancier qui attend son dû), quoique conforme en apparence à la nature humaine qui préfère recevoir que donner, ne tient pas²⁰⁸ : le prêteur n'a aucune affection, alors que « le bienfaiteur ressent de l'amitié et de l'attachement pour la personne de son obligé, même si ce dernier ne lui est d'aucune utilité et ne peut lui rendre dans l'avenir aucun service » (EN 1167b33). Aristote suggère alors une analogie plus pertinente que celle du prêteur :

d'amitié basée sur l'utilité ou le plaisir, car la bienveillance non plus ne prend pas naissance sur ces bases » (EN 1167a3-12).

²⁰⁴ Tricot : « Mais la bienveillance n'est pas non plus amour proprement dit » (EN 1166b32). Bodéüs : Précisons : ce n'est même pas de l'amour. (Ἄλλ' οὐδὲ φιλησις ἐστίν).

²⁰⁵ EN 1167b : « la concorde est une amitié politique, conformément d'ailleurs au sens ordinaire du terme : car elle roule sur les intérêts et les choses se rapportant à la vie ». En ce sens, il n'y a concorde qu'entre gens de bien qui se tiennent sur le même terrain, qui souhaitent à la fois ce qui est juste et ce qui est avantageux.

²⁰⁶ Modèle promu, mais peu appliqué. Aucun des médecins rencontrés par Philippe Petit ne l'a mis en oeuvre, alors que la situation est une de celles qui s'y prête le mieux (un cancer de la prostate avec deux options thérapeutiques à peu près équivalentes en efficacité, mais avec des contraintes très distinctes). PETIT Philippe, *Philosophie de la prostate*, op.cit.

²⁰⁷ BEAUCHAMP Tom L, CHILDRESS James F, *Les principes de l'éthique biomédicale*, op.cit.

²⁰⁸ Ceux qui pensent à mal diront que « les obligés sont dans la position de débiteurs, et les bienfaiteurs dans celle de créanciers : il en est donc comme dans le cas du prêt d'argent, où l'emprunteur verrait d'un bon œil son prêteur disparaître, tandis que le prêteur veille au contraire avec soin à la conservation de son débiteur » (EN 1167b20).

« La position du bienfaiteur ressemble ainsi à celle de l'artiste (*poietes* : l'artisan d'une *poiesis*): l'être qui a reçu du bien de lui est son ouvrage, et par suite il l'aime plus (*huperagaposi*) que l'ouvrage n'aime celui qui l'a fait » (EN 1168a5).

L'explication suit une logique : exister est objet d'amour ; nous existons par notre acte ; l'œuvre signifie le producteur en acte ; le producteur chérit son œuvre parce qu'il chérit l'existence. Ce que l'agent est en puissance, son œuvre l'exprime en acte (EN 1168a5-9). De plus, le bienfaiteur se réjouit de la noblesse de son action²⁰⁹. Ce qui donne le plus de plaisir est l'activité du présent²¹⁰. L'ouvrage persiste, même si l'utilité passe vite pour celui qui a reçu le bienfait. L'aimance (*φίλησις*) ressemble à un processus de production, et être aimé (*φιλεισθαι*) à une passivité. L'amour accompagne plus naturellement l'activité, l'homme chérit davantage les choses qu'il obtient à force de travail (et faire du bien demande un effort)²¹¹.

La norme de bienfaisance (donner quelque chose contre rien) permet en quelque sorte de dépasser la norme de réciprocité, qui ne suffit pas à « assurer le maintien du monde social » notamment par rapport aux personnes considérées comme « incapables de s'inscrire dans une relation de réciprocité »²¹².

Nous verrons un peu plus loin en quoi cela rejoint une lecture, plus anthropologique que théologique, de l'*agapē*.

Risquons une transposition pour la médecine : le médecin aime exister en tant que médecin, c'est-à-dire dans son exercice, dans sa praxis/poiesis. Le malade n'est pas son ouvrage, mais son ouvrage est le soin. Le soin devenu inutile (par exemple, le malade a guéri) n'est pas ruiné pour autant : il y a quelque chose de durable dans le soin qui a été prodigué. Le médecin ressent alors de l'amitié et de l'attachement pour les malades vis-à-vis desquels il a été bienfaisant, indépendamment de toute attente de réciprocité.

Récapitulons à gros traits. L'étude de la *philia* nous a davantage permis de délimiter des aspects de la socialité particulière engagée entre médecin et patient que de faire une comparaison entre la relation médecin-malade et le lien d'amitié, qu'elle soit simple et nécessaire, ou vertueuse (amitié philosophique) et réservée au petit nombre.

Toute relation médecin/malade relève de la *philia* si on considère celle-ci dans son extension phénoménologique. Le médecin n'est pas aimé pour lui-même mais en tant qu'il est utile à prodiguer quelque bien ou agrément. Cette amitié là est peut-être accidentelle et transitoire, toujours est-il qu'elle n'a nul besoin de se travestir sous de plus nobles atours. C'est parce qu'il y a d'un côté la maladie, et de l'autre un savoir qui fonde l'utilité du soin médical pour la santé, qu'il y a demande de médecine. Dire qu'il s'agit de *philia* vaut pour indication

²⁰⁹ « En même temps aussi, pour le bienfaiteur il y a quelque chose de noble dans son action, de sorte qu'il se réjouit dans ce en quoi son action réside ; par contre, pour le patient il n'y a rien de noble dans l'agent, mais tout au plus quelque chose de profitable, et cela est moins agréable et moins digne d'amour que ce qui est noble » (EN 1168a10).

²¹⁰ On retrouve ces notions d'un plaisir associé à l'action dans le livre X : « la vie (*zoe*) est une certaine activité et chaque homme est actif dans le domaine qu'il aime (*agapan*) le plus » (EN 1175a10-13). Nous l'avons cité au chapitre précédent.

²¹¹ Ce pourquoi les mères ont plus d'amour pour leurs enfants que les pères, parce qu'elles ont peiné davantage pour les mettre au monde (EN 1168a25).

²¹² GOULDNER Alvin W, « Pourquoi donner quelque chose contre rien ? », *Revue du MAUSS* 2008/2 ; 32 : 65-86.

précoce que la demande adressée au médecin fait signe aussi à l'amour. Et si la question est posée au médecin de sa réponse, le malade n'est pas en reste de savoir ce qu'il donne pour obtenir ce qu'il veut : « quand on se trouve dépourvu d'une chose dont on a envie, on donne une autre chose en retour pour l'obtenir ». Toutefois, le ressort intime de la relation (qu'il soit du ressort d'*erôs* ou d'*agapē*) est masqué par la visibilité phénoménale de l'axe besoin/réponses utiles, ou par des dispositions naturelles à la sympathie : il n'est pas alors question de moralité, au sens kantien du terme²¹³.

Si cette *philia* utilitaire s'approche néanmoins d'une vertu, sans pour autant engager en profondeur l'identité personnelle des amis, c'est parce que pour le médecin il ne s'agit pas de la penser comme affection (*philesis*) ou passion (*pathos*), mais qu'intervient un choix (*prohairesis*), choix de se dévouer pour les intérêts de son malade. L'attitude amicale de la bienfaisance force le rapprochement avec la médecine.

La *philia* des communautés (d'action ou politiques) est une autre voie de réflexion. Il y a en effet une proximité particulière, la gravité des injustices commises envers les patients par les médecins en atteste. Médecin et malade unissent des forces, pour un objectif commun, qui est le *phileton*, l'objet de la *philia* médicale.

Nous avons aussi pu entrevoir des points délicats. Le médecin peut trouver un agrément à être aimé, et même rechercher des malades qui lui soient utiles. Si dans la *philia* d'Aristote la question de la réciprocité dans l'asymétrie est centrale, comment se règle-t-elle dans l'érotique médicale ? Si le couple médecin malade a rarement été un couple harmonieux²¹⁴, n'est-ce pas en raison d'un malentendu sur la variété de relation en cause ? Faut-il souhaiter une forme de coopération contractuelle sans bienveillance ni gratuité ? Si on évoque au contraire le don, jusqu'au don de soi (cf. les propos de Françoise Héritier), le malade doit-il craindre que pèse sur lui une exigence maximale de reconnaissance ? Si le trait commun à toutes les sortes de *philia* est de souhaiter le bien de l'autre, les relations asymétriques posent le problème de la dépendance, de la subordination à celui qui est capable de discerner le bien pour l'autre. Viser l'éthique de la relation supposerait par exemple de se régler sur l'amour paternel ou maternel, qui n'attend pas de retour, mais cette voie a été décrétée sans issue. Est-elle définitivement bouchée ? La logique aristotélicienne d'une bienfaisance désintéressée permet aussi de dépasser la norme de réciprocité. Toutefois, ce problème épineux de la réciprocité érotique, que nous avons déjà rencontré dans le *Banquet*, nécessitera encore des approfondissements. La figure de l'amour-*agapē* se charge notamment de cette question.

²¹³ « Ceux qui sont particulièrement disposés à la sympathie trouvent une satisfaction à répandre la joie autour d'eux, et se réjouissent du contentement d'autrui en tant qu'il est leur œuvre. Ce genre d'actions, qui fait la paire souvent avec un penchant pour les honneurs, n'a pas véritablement de valeur morale ». KANT Emmanuel, *Fondement de la métaphysique des mœurs* (1785), trad. Victor Delbos, Paris, Delagrave, 1977. *Métaphysique des mœurs I ; Fondation, Introduction*, (1785- 1797), trad. Alain Renaut, Paris, GF Flammarion, 1994. Nous utilisons les deux traductions de ce texte, désormais FMM. Le passage cité est en AK IV 398.

²¹⁴ CANGUILHEM Georges, « L'idée de nature dans la pensée et la pratique médicale », art.cit., p.15.

A.3 AGAPE

Aristote a décrit une forme idéale de l'amitié véritable. Mais peut-être est-ce avec l'*agapē* que cet idéal trouve sa sublimité. En effet, si la *philia* idéale est toute empreinte d'égalité et de réciprocité, ici, avec l'*agapē*, on retrouve en quelque sorte l'asymétrie du désir, mais sans la possessivité de la concupiscence.

3.1. Précisions sémantiques et théologiques

Le dictionnaire Bailly donne comme définitions du mot *agapē* : 1. Affection, amour fraternel, amour divin, plus rarement amour au sens de passion ; 2. objet d'affection ; 3 au pluriel, repas fraternels des premiers chrétiens.

Dans la même famille lexicale on trouve : *agapao* : 1. accueillir avec amitié, traiter avec affection ; 2. aimer, chérir (ses enfants, la justice) ; rarement aimer d'amour ; 3. Avoir une préférence pour ; être satisfait de ; *agapētikos* : tendre, affectueux ; *agapēteos*, qui mérite d'être aimé ou désiré ; *agapēsis* : affection, tendresse.

Sous cet angle, *agapē* a d'importants recouvrements avec *philia* et *erôs*. Mot préféré des traducteurs de la bible hébraïque en grec, *agapē* restitue des termes dérivés de la racine 'ahab, qui décrivent toutes sortes de relations : affection entre un homme et une femme, entre deux hommes, entre un père et son fils, un esclave et son maître, l'amour du prochain, l'amour de Yhwh pour son peuple et d'Israël pour son dieu²¹⁵.

Mais son destin spécifique tient probablement au fait que la notion prend une consistance particulière dans le *Nouveau Testament*, « comme si, eu égard aux diverses manières de comprendre l'amour, il y avait en effet une spécificité de l'amour chrétien »²¹⁶. L'*agapē* du *Nouveau Testament* décrit aussi bien l'amour de Dieu pour l'homme que l'amour fraternel entre les hommes²¹⁷.

Agapē a été traduit en latin par *caritas*, ce qui a donné charité en français. « L'*agapē* serait cet amour universel de l'humanité, amour absolument généreux, désintéressé et gratuit »²¹⁸. Par contraste avec l'amitié, *agapē* est un amour sans attente de réciprocité, qui ne lie pas par un rapport d'égal à égal, ni par un rapport d'élection. *Agapē* serait-il alors un amour sans affect ? Rien ne permet de conclure ainsi, à commencer par le registre sémantique biblique, qui emploie le même mot pour l'amour des amants et l'amour divin. De plus, « de nombreux textes des livres prophétiques comparent la relation entre Yahvé et Israël à une relation amoureuse entre

²¹⁵ RÖMER Thomas, « L'amitié selon la Bible hébraïque », *Transversalités* 2010/1 ; 113 : 31-45. Il indique quelques occurrences, plus rares, d'autres mots : *hesed* (fidélité, solidarité, amitié) est la relation profonde entre deux femmes (Ruth et Noemi) ; *rea'* (proche du même clan, voisin, compagnon) est employé pour Moïse, mais aussi pour les amis de Job ; *'ish shelomi* (littéralement : « l'homme de mon bien-être ») ; *khaphets* (prendre plaisir, désirer, souhaiter) est connoté sexuellement (et le grec traduit par *erao*).

²¹⁶ HEYER René, « L'impossible commandement de l'amour. À propos de l'encyclique Deus caritas est », *Revue d'éthique et de théologie morale* 2006/3 ; 240 : 35-45.

²¹⁷ BOBINEAU Olivier, « Qu'est-ce que l'agapè ? De l'exégèse à une synthèse anthropologique en passant par la théologie », *Revue du MAUSS* 2010/1 ; 35 : 293-311.

²¹⁸ CITOT Vincent, « Origine, structure et horizon de l'amour », art.cit.

un mari, Yahvé et sa femme Israël, et décrivent, dans une conception patriarcale, la rupture de cette relation par l'adultère d'Israël, la femme infidèle »²¹⁹.

Toutefois, certains théologiens ont insisté sur l'opposition entre *erôs* et *agapē*. J'expose le propos de Anders Nygren que Lacan avait qualifié en son temps d'« énorme élucubration »²²⁰. Nygren examine quatre types d'amour et entend par là éclairer l'antithèse qui existe entre *erôs* et *agapē* : 1° l'amour de Dieu pour l'homme ; 2° l'amour de l'homme pour Dieu ; 3° l'amour de l'homme pour son prochain ; 4° l'amour de l'homme pour soi²²¹.

L'amour de Dieu pour l'homme ne peut relever *d'erôs*, qui est désir, tendance vers ce qui est supérieur. Et au contraire, tout amour qui porte le nom *d'agapē* trouve son origine en Dieu, qui est *agapē*. *Agapē* est un amour qui s'abaisse, un don gratuit, un amour non motivé²²².

L'amour de l'homme pour Dieu, premier des commandements, relève *d'erôs* en tant que l'homme aspire à participer à la félicité divine et à posséder des biens, dont celui, suprême, qu'est Dieu, lequel attire donc tout désir et tout amour. Mais il peut aussi relever aussi *d'agapē*, si on considère que Dieu est au-delà des biens et que l'homme peut être vaincu par l'amour de Dieu sans tenir compte des satisfactions qu'il en obtient²²³.

L'amour du prochain est aussi contrasté. L'*erôs* platonicien dépasse son objet pour s'élever à l'idée. L'amour attaché aux objets sensibles n'en est donc que la première étape, le prochain que l'intermédiaire, Dieu étant l'objet final. On aime le prochain « pour l'amour de Dieu » (entendu ici comme cause finale), et c'est en réalité Dieu dans l'homme qui est l'objet de l'amour. Le prochain est aimé en tant qu'il participe de la divinité. Mais alors, ce n'est plus l'homme concret qui est aimé en régime *d'erôs*²²⁴. Sous le signe de l'*agapē*, par contre, c'est le prochain lui-même qui est l'objet d'amour, indépendamment d'un acte méritoire, mais aussi de tout mobile perceptible. *Agapē*, amour non motivé par l'objet, n'a pas non plus de mobile extérieur à l'objet, par exemple, obtenir l'amour de Dieu. Ici, le prochain est aimé « pour l'amour de Dieu » dans un autre sens de cette expression : Dieu est le point de départ, l'origine, et la raison efficiente de cet amour. L'amour de Dieu passe dans l'amour du prochain²²⁵.

Quant à l'amour de soi, il faut noter que *erôs* est par nature égoïsme²²⁶, et que *agapē* exclut tout égoïsme, même pas l'égoïsme légitime qui se porterait sur un « moi idéal »²²⁷.

²¹⁹ RÖMER Thomas, « L'amitié selon la Bible hébraïque », art.cit.

²²⁰ Travail mentionné par Lacan dans son séminaire sur le Transfert : « L'amour pourtant, une longue tradition nous en parle. Il vient aboutir au dernier terme dans cette énorme élucubration d'un Anders Nygren, qui le scinde radicalement en ces deux termes incroyablement opposés dans son discours de l'*erôs* et de l'*agapè* ». LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 16 novembre 1960.

²²¹ Cette division n'est pas tout à fait celle de Bernard de Clairvaux qui distingue l'amour de soi pour soi, l'amour de Dieu pour soi, l'amour de Dieu pour Dieu et l'amour de soi pour Dieu. Voir à ce sujet FALQUE Emmanuel, « Expérience et empathie chez Bernard de Clairvaux », *Revue des sciences philosophiques et théologiques* 2005 ; 89(4) : 655-96.

²²² NYGREN Anders, « Éros et agapè », art.cit.

²²³ Ibidem.

²²⁴ pour Nygren, ce serait alors l'agalma.

²²⁵ Ibidem.

²²⁶ Pour Bernard de Clairvaux, ce premier degré de l'amour, inhérent à notre nature, par quoi l'homme s'aime pour lui-même, est égocentrique, pas égoïste. FALQUE Emmanuel, « Expérience et empathie chez Bernard de Clairvaux », art.cit. Remarquons la parenté de vue entre Bernard de Clairvaux et Aristote dans sa distinction des deux égoïsmes.

²²⁷ NYGREN Anders, « Éros et agapè », art.cit.

Cette distinction théologique entre *erôs* et *agapē* n'est toutefois pas endossée par le pape Benoît XVI dans l'encyclique *Deus caritas*, si on en croit le commentaire de René Heyer²²⁸ :

« Tout en se servant de la distinction entre bonheur et sacrifice, amour désir et amour don, mouvement ascendant de la possession et mouvement descendant de l'oblation, il affirme fortement le lien qui les unit. Faute de s'ouvrir à l'autre en tant que tel, *erôs*, certes, "déchoit et perd sa nature même" ; mais "l'homme ne peut pas non plus vivre exclusivement de l'amour oblatif" sans recevoir. A faire de la seule *agapē* l'amour typiquement chrétien, on couperait celui-ci "des relations vitales et fondamentales de l'existence humaine" et on constituerait l'essence du christianisme comme "un monde en soi" ».

On le voit, la théologie chrétienne reprend à son compte certaines des difficultés et apories rencontrées dans le *Banquet*, notamment celle de l'objet de l'amour. Avec le christianisme, il faut aussi remarquer que se thématise un amour du prochain qui exclut de faire acception des personnes²²⁹, alors que l'amitié devient de plus en plus adressée à l'autre en tant qu'il est telle personne (et non comme membre d'une même communauté naturelle ou politique comme au temps de Platon ou d'Hippocrate).

3.2. *Agapē*, éthique relationnelle et donation

Les théologiens suggèrent une éthique de l'*agapē* néotestamentaire. Le maître se fait serviteur (Jésus lavant les pieds de ses disciples) ; la nourriture (le vital) est partagée ; un commandement nouveau est prononcé : « aimez-vous les uns les autres comme je vous ai aimés »²³⁰. L'*agapē* est alors un idéal de relation sociale chez les hommes qui prend appui sur l'idéal de l'*agapē* divine pour l'humanité²³¹. Ce lien social idéal ne rassemble pas une communauté élective, mais est d'abord amour de l'autre, de l'étranger, de l'ennemi.

Cet « amour chrétien » à visée universelle est une des sources de l'éthique relationnelle : entre tous les hommes il donne de la vie ; et c'est une exigence inconditionnelle²³². Pour Pulcini, des trois figures archétypiques de l'amour, c'est *agapē* qui est associé au *care*, en tant qu'il est purement altruiste, asymétrique et qu'il implique une abnégation²³³. Toutefois, si dans le soin, l'exposition à la souffrance et l'absence de réciprocité possible (au moins dans certains cas) rendent compte du fait qu'on peut être tenté de s'appuyer sur cette exigence, sa radicalité suppose une foi, laquelle n'est pas exigible professionnellement²³⁴. On objectera à Gros que la déontologie médicale, dont le serment de Genève est une expression épurée, est bien une exigence qui s'exerce. Nous reverrons cela avec Kant et le devoir d'aimer un peu plus loin.

Mais il existe aussi une lecture anthropologique, proposée par Alain Caillé : l'*agapē* désigne la gratuité pure de la donation. Si le don agonistique maussien n'est libre et gratuit qu'en apparence, la donation de l'*agapē* est désintéressée, libre, spontanée, sans condition²³⁵.

²²⁸ HEYER René, « L'impossible commandement de l'amour... », art.cit.

²²⁹ LAIN ENTRALGO Pedro, *Le médecin et le malade*, op.cit., p.53.

²³⁰ *Le Nouveau Testament*, Evangile de Jean, 13 ;34.

²³¹ BOBINEAU Olivier, « Qu'est-ce que l'agapè ?... », art.cit.

²³² GROS Frédéric, « Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin », art.cit.

²³³ PULCINI Elena, « What emotions motivate care? », *Emotion Review* 2017 ; 9 (1): 64-71.

²³⁴ GROS Frédéric, « Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin », art.cit..

²³⁵ CAILLE Alain, *Anthropologie du don. Le tiers paradigme*, Paris, Desclée de Brouwer, 2000, p.65-112.

Le caractère électif de la *philia* ne peut supporter une dynamique sociale collective qui doit inclure les « non-amis »²³⁶. Ce que Bruni appelle une « réciprocité inconditionnelle » commence par des actions effectuées en rapport à des valeurs fondamentales, qui offrent à l'agent une récompense intrinsèque²³⁷, indépendante du résultat²³⁸. Quand il n'y a pas de différence logique ni factuelle entre l'action mise en œuvre et le but poursuivi, il y a plaisir, satisfaction. Les psychologues de la motivation ne font que redécouvrir ce qui était déjà posé par Aristote²³⁹ ou par Kant²⁴⁰, et que nous avons déjà rapporté au titre du plaisir de la pratique.

La réciprocité inconditionnelle, « expérience fragile et vulnérable (parce qu'elle dépend de la libre réponse des autres) » est alors proche de l'*agapē* (alors qu'on identifie celle-ci comme altruiste, et pour cela non réciproque), car elle *construit* une socialité fraternelle, une terre vivable, etc. : la réciprocité est la réussite collective qui couronne une action initiée indépendamment des choix d'autrui. « La gratuité consiste à risquer le pire des résultats si l'autre ne répond pas »²⁴¹. Pour Françoise Di Marzio, une « *agapē* de base », bienveillance inconditionnelle, étendue à tous les vivants, est *indispensable* à la cohésion sociale : elle a pour nom actuel « écologie »²⁴². On retrouve aussi dans ces considérations sur l'*agapē* une proximité avec certaines des pistes signalées par Céline Lefève pour concevoir une réciprocité dans une relation asymétrique²⁴³.

Marion s'emploie, dans une veine philosophique, à saisir l'essence du don en-deçà de tout objet concret. Le don n'est pas avant tout don de quelque chose, mais donation :

« Le don peut s'accomplir sans donner aucun objet susceptible de revenir à une valeur d'échange. – Que puis-je en effet donner de plus précieux ? Rien sans doute que mon attention, mon soin, mon temps, ma foi ou même ma vie. (...) En donnant ces dons non-objectifs, qui échappent à la compréhension comme à la possession, n'assurent aucun gain ni revenu assignables et ne fournissent vraiment *rien* (*de réel – ne rem*), je donne en fait moi-même dans ma plus complète ipséité ; avec ce *rien*, je donne tout ce que j'ai, parce que je ne donne pas une chose que je ne possède à part moi, mais cela que je suis. D'où ce paradoxe que je [me] donne d'autant plus que je ne donne rien : le don donné ne consiste pas dans un substrat ou un prédicat réel. Je donne donc désormais hors de l'horizon de la possession (et de la dépossession) de quoi que ce soit, donc hors de l'objectivité et de la raison qui y rendrait des comptes. – Qu'on n'objecte pas qu'en ne donnant aucun objet, je donnerais moins ou me dispenserais même de donner effectivement, car – et l'argument ici se redouble – je me dispense au contraire de donner vraiment, c'est-à-dire de *me* donner, moi en personne, lorsque je me contente de donner un objet en mes lieu et place. (...) En somme, ou bien l'objet donné reste seul et il signifie le déni du don plénier (le don de soi), ou bien il se présente comme simple indice et il marque la promesse du don plénier (ce

²³⁶ BRUNI Luigino, « Éros, Philia et Agapè... », art.cit.

²³⁷ A rapprocher de la logique aristotélicienne de la bienfaisance, décrite plus haut.

²³⁸ BRUNI Luigino, « Éros, Philia et Agapè... », art.cit.

²³⁹ Celles de nos actions qui sont conformes à la vertu sont source de plaisir (ARISTOTE, *EN*, 1104b).

²⁴⁰ « Toute intention qui se réalise est liée à un sentiment de plaisir » (KANT Emmanuel, *CFJ*, Introduction, VI, AK V 187). Et aussi : « [Or] vouloir quelque chose et trouver une satisfaction à son existence, c'est-à-dire y prendre quelque intérêt, cela est identique » (KANT Emmanuel, *CFJ*, §4, AK V 208).

²⁴¹ BRUNI Luigino, « Éros, Philia et Agapè... », art.cit.

²⁴² DI MARZIO Françoise, « Le combat d'Hybris et d'Agapè », *Revue du MAUSS* 2010/1 ; 35 :415-21.

²⁴³ LEFEVE Céline, « La relation de soin doit-elle être une relation d'amitié ? », art.cit.

même don de soi), toujours encore inaccompli. – Tout don donné, et d'autant qu'il implique plus d'effectivité, doit devenir irréel, inobjectivable et inappréciable »²⁴⁴.

Cette dimension de la donation est recouverte par d'épaisses couches d'objets donnés dans la relation médicale²⁴⁵. C'est pourquoi nous sollicitons des modèles épurés pour penser ce qui s'y joue à l'arrière-plan, et dont nous pouvons soupçonner la pertinence, ne serait-ce que pour comprendre l'expérience rapportée par Françoise Héritier.

L'amour comme don de ce que l'on n'a pas était apparu dans le séminaire de Lacan²⁴⁶ le 23 janvier 1957 :

« Ce rien pour rien qui paraît la formule même de l'intérêt, est aussi la formule de la pure gratuité. Il n'y a en effet dans le don d'amour que quelque chose de donné pour rien, et qui ne peut être que rien »²⁴⁷.

Ce qu'on donne n'est pas un objet, c'est un signe. Allouch commente ainsi : si la formule de l'échange maussien est « on n'a rien pour rien », Lacan « va prendre cette formule au pied de la lettre et ainsi la faire résonner autrement : *on n'a rien, mais aussi c'est pour rien* »²⁴⁸.

Dans « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », Lacan va plus loin encore. Même ce rien n'est pas donné !

« Car si l'amour, c'est donner ce qu'on n'a pas, il est bien vrai que le sujet peut attendre qu'on le lui donne, puisque le psychanalyste n'a rien d'autre à lui donner. Mais même ce rien, il ne le lui donne pas, et cela vaut mieux : et c'est pourquoi ce rien, on le lui paie, et largement de préférence, pour bien montrer qu'autrement cela ne vaudrait pas cher (...). On remarquera que l'analyste donne pourtant sa présence, mais je crois qu'elle n'est d'abord que l'implication de son écoute, et que celle-ci n'est que la condition de la parole. Aussi bien pourquoi la technique exigerait-elle qu'il la fit si discrète s'il n'en était pas ainsi ? »²⁴⁹.

Allouch signale la fragilité de ces propos de Lacan. Mais son élaboration a écarté le modèle du don de ce que l'on a comme vérité de l'amour, et a affirmé l'amour comme transfert²⁵⁰. J'ajoute que cela permet de ne pas opposer mais de prendre acte de l'entrelacs, dans la pratique médicale, du « fil » besoin de soins/demande/réponse utile, et du « fil » demande d'être aimé/don de la présence. Les remarques de Lacan situent le don de la présence non pas comme amour oblatif qui appelle le modèle divin de l'*agapē* pour être intelligible, mais comme condition pratique, complètement articulée à la *tekhne* analytique (l'écoute comme condition de la parole). Et la pointe réside dans un amour donné comme ne l'étant pas. Du côté de

²⁴⁴ MARION Jean-Luc, « La raison du don », *Philosophie* 2003/3 ;78 : 3-32. L'exemple du don comme donation qui est développé est la paternité, figure de l'amour qui sera aussi développée dans « Le phénomène érotique ».

²⁴⁵ On retrouve ce qui a été suggéré par le discours d'Aristophane : donnant des objets, le médecin peut rester subjectivement à l'écart de donner « vraiment » (au sens de la donation).

²⁴⁶ Il eût été prudent de le signaler auparavant : isoler des propos de Lacan sur l'amour est toujours hasardeux, car il n'en a jamais proposé une théorie complète. Allouch, qui y a consacré une étude minutieuse et indispensable pour s'orienter dans l'oeuvre de Lacan à propos de l'amour, intitule sa conclusion « L'amour Lacan : puzzle ». ALLOUCH Jean, *L'amour Lacan*, op.cit., p.445.

²⁴⁷ LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre IV, La relation d'objet (1956-1957)*, texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris, Seuil, 1994, séance du 23 janvier 1957.

²⁴⁸ ALLOUCH Jean, *L'amour Lacan*, op.cit., p.96.

²⁴⁹ LACAN Jacques, « La direction de la cure... », art.cit.

²⁵⁰ ALLOUCH Jean, *L'amour Lacan*, op.cit., p.45.

l'analysant, Allouch propose cet abrégé percutant : « il aura obtenu l'amour que l'on n'obtient pas »²⁵¹.

Ce n'est ni un paradoxe, ni une pirouette, mais une indication vers une sortie possible de l'aporie qui travaille Socrate et Lysias dans le *Phèdre*. Car, si l'amour est bien au cœur de la pratique médicale (prenons Bishop à la lettre !), comment peut-il se présenter au malade, sinon sous cette forme d'un amour qu'on n'obtient pas ?

Mais peut-être sommes-nous rendus trop loin trop vite ? Poursuivons notre laborieuse enquête, en essayant d'affronter la difficulté du devoir d'amour. Pour les chrétiens, il y a un « double commandement de l'amour envers Dieu et envers le prochain »²⁵². Et ce que soulignent les théologiens, c'est qu'un commandement reste extérieur : il peut être intériorisé, mais nulle intériorisation n'en vient à bout. Dans la perspective chrétienne, l'amour peut être commandé parce qu'il est d'abord donné²⁵³. Si l'*agapē* chrétienne nous y avait menés, c'est vers Kant que nous allons nous tourner, tant le mot de « devoir » lui est associé.

A.4 L'AMOUR, UN COMMANDEMENT ?

« Ce qu'on fait par contrainte, cela ne s'accomplit pas par amour »
Kant²⁵⁴

On a souvent retenu des *Fondements de la métaphysique des mœurs* l'idée selon laquelle l'amour, en tant qu'émotion ou sentiment, n'avait pas grand-chose à voir avec la moralité. De fait, comme tout sentiment, l'amour relève du « pathologique » et s'avère contingent, donc non universel. Les actions qui ont un sentiment ou un désir pour mobile peuvent être (ou non) en conformité avec le devoir, mais la conformité ne suffit pas pour leur attribuer une valeur morale²⁵⁵ :

« Car, pour ce qui doit être moralement bon, il ne suffit pas qu'il y ait conformité à la loi morale, il faut encore que ce soit pour la loi morale [Renaut : par amour de la loi morale] que la chose se fasse ; sinon, cette conformité n'est que très accidentelle et très incertaine [hasardeuse et chancelante], parce que le principe qui est étranger à la morale produira sans doute de temps à autre ces actions conformes, mais souvent aussi des actions contraires à la loi »²⁵⁶.

Les qualités (intelligence, faculté de juger, courage, constance...) que nous pouvons reconnaître comme souhaitables, notamment pour le médecin, peuvent être dommageables si

²⁵¹ Ibid., p.11.

²⁵² HEYER René, « L'impossible commandement de l'amour... », art.cit.

²⁵³ Ibidem.

²⁵⁴ KANT Emmanuel, *MMDV*, AK VI 402.

²⁵⁵ Par exemple, « Ceux qui sont particulièrement disposés à la sympathie trouvent une satisfaction à répandre la joie autour d'elles, et se réjouissent du contentement d'autrui en tant qu'il est leur œuvre. Ce genre d'actions, qui fait la paire souvent avec un penchant pour les honneurs, n'a pas véritablement de valeur morale ». KANT Emmanuel, *FMM*, AK IV 398.

²⁵⁶ Ibid., AK IV 390.

elles sont au service d'une volonté mauvaise²⁵⁷. Elles ont de la valeur, mais cette valeur n'est pas absolue.

Ce qui relève du pathologique est aussi contingent car cela relève premièrement des besoins égoïstes, et de l'intérêt. Ainsi l'honnêteté du commerçant prudent est-elle avant tout l'expression de son intérêt, même s'il en résulte une action louable²⁵⁸. On se souvient des deux égoïsmes chez Aristote. Sa forme vertueuse suppose de ne pas vivre sous l'empire de la passion mais de désirer le bon en soi²⁵⁹, mais n'est pas pour autant une action effectuée par amour de la loi morale.

4.1. Amour pathologique et amour pratique

Kant distingue plusieurs types d'amour pathologique :

– le sentiment de plaisir ressenti devant la perfection d'autres hommes (*Lust an der Vollkommenheit*).

– l'amour de complaisance (*Liebe des Wohlgefallens*²⁶⁰) qui est une émotion, « un plaisir immédiatement lié à la représentation de l'existence d'un objet »²⁶¹.

– la bienveillance (*Liebe des Wohlwollens*) est une inclination à promouvoir le bonheur d'autrui. Elle est identifiée comme pathologique dans les *Leçons sur l'éthique*. Inclination signifie qu'il s'agit davantage d'un désir que d'une simple émotion. Le problème est que ce désir est aussi connecté à l'inclination à suivre son propre intérêt.

– l'amour de l'être humain (*Menschenliebe*).

Mais tout l'amour n'est pas à ranger dans le pathologique. Kant distingue et oppose un amour « pathologique » qui procède de l'inclination et un amour pratique qui réside dans la volonté et pour cela est nommé amour « de manière très impropre »²⁶² :

« L'amour comme inclination ne peut pas se commander ; mais faire le bien précisément par devoir, alors qu'il n'y a pas d'inclination pour nous y pousser, et même qu'une aversion naturelle et invincible s'y oppose, c'est là un amour pratique et non pathologique (i.e. non sensible) qui réside dans la volonté, et non dans le penchant de la sensibilité, dans des principes de l'action et non dans une compassion amollissante ; or cet amour est le seul qui puisse être commandé »²⁶³.

L'amour pratique peut donc être commandé : c'est le devoir de bienveillance (*Wohlwollens*). Si la bienveillance est dans la liste des inclinations (qui ne se commandent pas), elle peut néanmoins, en tant qu'action, être commandée par la volonté...

²⁵⁷ Ibid., AK IV 393.

²⁵⁸ Ibid., AK IV 397.

²⁵⁹ PEROLI Enrico, « Le bien de l'autre... », art.cit.

²⁶⁰ Christopher Arroyo, dont l'article sur l'amour chez Kant nous a aidé dans notre propre lecture, ne fait pas la distinction entre ces deux premiers types d'amour ressenti. ARROYO Christopher, « Kant on the emotion of love », *European Journal of Philosophy* 2016; 24 (3) : 580-606. Il s'appuie alors davantage sur les *Leçons sur l'éthique* que sur la *Doctrine de la vertu*.

²⁶¹ KANT Emmanuel, *MMDV*, AK VI 399.

²⁶² Ibid., AK VI 401.

²⁶³ KANT Emmanuel, *FMM*, AK IV 399.

La suite va nous montrer comment les choses peuvent être articulées, car Kant n'est pas toujours facile à suivre sur ces questions de l'amour. Cohen résume ainsi ce qu'il entend nous montrer : « L'esthétique de la morale complémente la spontanéité de la raison pratique, (...) l'expérience morale n'est autre que le résultat de la synthèse des principes de la raison pratique et de notre sensibilité morale »²⁶⁴.

4.2. Amour du prochain et qualités morales

En effet, dans l'*Introduction à la doctrine de la vertu* de la *Métaphysique des mœurs*, l'amour du prochain (*die Liebe des Nächsten*) est présenté comme une **qualité morale** c'est-à-dire une « disposition d'esprit de type *esthétique*, préalable, mais naturelle, à être affecté par les concepts du devoir »²⁶⁵. Attention, ces qualités morales ne sont que des conditions subjectives pour être réceptif au concept de devoir, et non des conditions objectives de la moralité. Si tout homme en dispose (c'est une disposition naturelle), il n'en a pas pour autant conscience naturellement : avoir conscience de ces dispositions résulte de l'effet de la loi morale sur l'esprit, c'est-à-dire avoir conscience de la loi morale.

Les autres qualités morales sont le sentiment moral, la conscience morale, et l'estime de soi ou respect de soi-même²⁶⁶. Ainsi, le **sentiment moral** est

« la réceptivité au plaisir ou à la peine qui procède uniquement de la conscience de l'accord ou de la contradiction entre notre action et la loi du devoir »²⁶⁷.

De manière générale, le sentiment de plaisir ou de déplaisir est un passage, un intermédiaire entre la représentation de l'action possible et le passage à l'action qui marque l'intérêt pris à l'action ou à son effet²⁶⁸. C'est un état *esthétique*, qui peut avoir une double valence : sentiment pathologique (quand on ne s'est pas représenté la loi) ou sentiment moral (consécutif à la représentation de la loi). Avoir conscience d'une obligation, de la coercition du devoir, se fonde sur ce sentiment. Il n'y a pas d'humanité possible sans sentiment moral. S'il y a un devoir, c'est celui de cultiver ce sentiment, de le renforcer.

La **conscience morale** « est la raison pratique qui représente à l'être humain son devoir dans chaque cas où intervient une loi »²⁶⁹. Elle ne se rapporte pas à un objet, mais uniquement au sujet, en affectant le sentiment moral : elle est donc de l'ordre du fait inévitable, mais il y a là aussi un devoir de la cultiver. Quant au **respect** (*reverentia*), il est ce sentiment spécifique au fondement de certaines actions accordées avec le devoir envers soi-même.

²⁶⁴ COHEN Alix, « Le rôle des sentiments moraux dans l'éthique kantienne : le complément nécessaire à la raison pratique », in : Sophie GRAPOTTE, Margit RUFFING, Ricardo TERRA (dir), *Kant - La raison pratique, concepts et héritages*, Paris, Vrin, 2015, p.152.

²⁶⁵ KANT Emmanuel, *MMDV*, AK VI 399.

²⁶⁶ Ibidem.

²⁶⁷ Ibidem.

²⁶⁸ Notons au passage la proximité avec Aristote : le plaisir qui se joint à l'action est un principe de jugement de sa qualité (*EN* 1105a).

²⁶⁹ KANT Emmanuel, *MMDV*, AK VI 400.

Mais venons-en à la qualité morale qu'est **l'amour du prochain**. Curieusement, son développement se déroule dans un paragraphe intitulé « De l'amour des hommes » (*Menschenliebe*), alors que la qualité morale énumérée dans le passage introductif était nommée « l'amour du prochain » (*die Liebe des Nächsten*).

L'amour (*Liebe*), en tant que pathologique,

« est affaire de *sensation* non de vouloir, et je ne peux aimer parce que je le *veux*, mais encore moins parce que je le *dois* (ce qui signifierait : être forcé à l'amour) ; par conséquent un *devoir d'aimer* est une absurdité »²⁷⁰.

En effet, les sensations ne relèvent ni de la volonté, ni du devoir. Mais, en tant que qualité morale, l'amour des hommes rend réceptif aux devoirs de vertu envers autrui²⁷¹ (comme le respect rend réceptif aux devoirs envers soi-même).

L'affectivité à l'égard d'autrui ne produit aucune connaissance, mais donne un accès affectif à la dignité d'autrui²⁷². Et cet accès est essentiel, non pour nous apprendre que nous avons des devoirs moraux et quelle est leur nature, mais comme condition esthétique, sensible, de réceptivité au concept de devoir²⁷³. Le sentiment d'amour se distingue alors de la sympathie en ce que cette dernière reste contingente et incertaine, elle se répand naturellement (comme on le dira plus loin). Le sentiment d'amour permet quant à lui « une expérience affective de la valeur inconditionnée d'autrui, de sa dignité, me rendant par là-même capable d'un intérêt moral pour son bonheur »²⁷⁴.

Par contre, *en tant qu'acte*, la bienveillance (*amor benevolentiae*) peut être soumise à une loi du devoir.

La confusion (entre amour sensation, et amour acte) est entretenue quand on appelle « *amour* (bien que ce soit de manière très impropre) une bienveillance désintéressée envers des êtres humains »²⁷⁵. Et plus encore, dans les situations « où le bonheur d'autrui n'est pas en question, mais où il s'agit d'abandonner totalement et librement toutes ses fins pour les fins d'un autre être (même d'un être surhumain) »²⁷⁶. Car dans ces cas, « on parle d'un amour qui, pour nous, constitue en même temps un devoir ».

Et voilà le paradoxe : un devoir est une contrainte, et ce qu'on fait par contrainte n'est pas fait par amour²⁷⁷. Paradoxe, ou même contradiction. Au point de départ, un amour sensation qu'on ne saurait commander, et des actes de bienveillance qui peuvent être commandés. A l'arrivée, à la pointe du désintéressement, un devoir qui est amour, un amour qui est devoir. Or, et Kant le répète encore plus loin « il ne peut y avoir directement de devoir d'aimer »²⁷⁸.

²⁷⁰ Ibid., AK VI 401.

²⁷¹ COHEN Alix, « Le rôle des sentiments moraux dans l'éthique kantienne... », art.cit., p.147.

²⁷² Ibid., p.148.

²⁷³ Ibid., p.150.

²⁷⁴ Ibid., p.151.

²⁷⁵ KANT Emmanuel, *MMDV*, AK VI 401.

²⁷⁶ On retrouvera une formulation analogue un peu plus loin dans le même texte : « le devoir d'aimer son prochain peut donc aussi s'exprimer ainsi : il consiste dans le devoir de faire miennes les *fins* d'autres hommes ». Ibid., AK VI 450.

²⁷⁷ « Mais tout devoir est coercion et constitue une contrainte, même si ce devait être une contrainte exercée sur soi-même d'après une loi. Or, ce qu'on fait par contrainte, cela ne s'accomplit pas par amour ». Ibid., AK VI 401.

²⁷⁸ Ibid., AK VI 410.

La bienveillance dans son extension maximale (amour universel de l'être humain ou philanthropie) est minimale en intension, étroite dans le degré d'intérêt porté effectivement à autrui : c'est simplement l'absence d'indifférence. Et s'il y a des différences de degré de la bienveillance en fonction de la proximité du prochain, on ne peut sans contradiction arriver à l'idée d'un amour de n'importe quel prochain comme soi-même. Pour lever la contradiction, Kant distingue le vœu de bienveillance (qui peut être universellement adressé) et la bienveillance active, en acte, la bienfaisance donc, qui connaît des degrés contingents. Celle-ci ne contredit pas l'universalité de la maxime²⁷⁹. On remarque une distinction analogue à celle qu'Aristote avait établie entre bienveillance et bienfaisance.

4.3. Concevoir un devoir d'aimer

La solution de Kant passe en effet par l'examen de la **bienfaisance**. Il y a la bienveillance, mais aussi la bienfaisance : « faire preuve de bienfaisance envers d'autres hommes, dans la mesure où nous le pouvons, est un devoir, qu'on les aime ou qu'on ne les aime pas », que l'autre soit ou non digne d'amour. Même au misanthrope qu'on ne peut aimer, on peut faire quelque bien²⁸⁰. Et celui qui pratique souvent la bienfaisance finit peut-être même par aimer celui auquel il fait du bien.

Aussi, voilà comment il faut interpréter le commandement de l'amour du prochain :

« Tu dois *aimer* ton prochain comme toi-même, cela ne signifie pas : « Tu dois l'aimer immédiatement (tu dois commencer par l'aimer) et, par l'intermédiaire de cet amour (ensuite) lui faire du bien », mais au contraire, cela signifie « *fais du bien* à ton prochain, et cette bienfaisance suscitera en toi l'amour des hommes (en tant qu'habitude du penchant à la bienfaisance en général) »²⁸¹.

On voit donc comment Kant accomplit en quelque sorte un parcours à rebours : ce n'est pas parce qu'on aime le prochain qu'on agit pour son bien, mais c'est la pratique de la bienfaisance envers le prochain qui fait se déployer l'amour des hommes à partir d'un penchant naturel. C'est finalement assez proche de ce qu'Aristote indique, pour les vertus morales, les vertus intellectuelles, mais aussi les appétits et les impulsions : c'est la pratique assidue qui forge la disposition durable (*EN* 1103a-1103b).

Il est alors légitime de rapprocher ce passage de celui des *Fondements* que nous avons déjà cité :

« L'amour comme inclination ne peut pas se commander ; mais faire le bien précisément par devoir, alors qu'il n'y a pas d'inclination pour nous y pousser, et même qu'une aversion naturelle et invincible s'y oppose, c'est là un amour pratique et non pathologique (i.e. non sensible) qui réside dans la volonté, et non dans le penchant de la sensibilité, dans des principes de l'action et non dans une compassion amollissante ; or cet amour est le seul qui puisse être commandé »²⁸².

²⁷⁹ Ibid., AK VI 452.

²⁸⁰ Ibid., AK VI 402.

²⁸¹ Ibid., AK VI 401.

²⁸² KANT Emmanuel, *FMM*, AK IV 399.

Le point délicat tient à ceci que la bienfaisance (une sorte de bienveillance en acte) doit pouvoir être activée par la seule volonté, sans faire fond sur l'inclination de la bienveillance (une sorte de bienfaisance en puissance). Il s'agit en quelque sorte de « faire l'amour » avant d'être amoureux.

Il me semble que ces considérations ont une grande pertinence pour la médecine, car elles affranchissent en quelque sorte l'action bienfaisante du « pathologique ». Le devoir de bienfaisance du médecin ne peut pas reposer sur une base sentimentale. Toutefois, ce n'est pas tout à fait exact, dans la mesure où sans la qualité morale de l'amour du prochain le sujet ne sera pas réceptif aux devoirs de vertu envers autrui. Si c'est un devoir que d'aiguiser cette réceptivité, gageons que c'est particulièrement le cas quand il s'agit d'être bienfaisant alors qu'on éprouve des inclinations contraires. On peut aussi songer, avec Carlo Michelstaedter, que « dispenser un bienfait n'est pas donner ou faire aux autres ce qu'ils croient vouloir », soigner les malades « c'est laisser les autres prendre, ce n'est pas donner ou faire mais c'est subir »²⁸³.

On comprend alors ainsi le serment médical de se dévouer à l'humanité et de mettre au premier rang de ses considérations la santé de son patient (à mettre en parallèle avec « il s'agit d'abandonner totalement et librement toutes ses fins pour les fins d'un autre être ») : il s'agit de promettre de cultiver cette qualité morale qui permet de passer de l'amour comme inclination à l'amour pratique.

Car, et Kant est très clair à ce sujet, il n'est pas possible de faire « du concept de devoir, purifié de tout élément empirique (de tout sentiment) le mobile des actions ». En effet, la spéculation métaphysique n'est pas de taille à « dompter les penchants générateurs de vices »²⁸⁴. En ceci, nous ne partageons pas tout à fait le point de vue de Jean-Luc Marion, qui trouve chez Kant une opposition de deux amours, pathologique et rationnel²⁸⁵. Kant n'ignore pas l'appui que représentent les sentiments pour fonder la bienfaisance active. Il nous semble que c'est davantage l'exposition de son système qui donne cette impression d'opposition radicale.

4.4. La matière des devoirs d'amours envers d'autres hommes

Aussi, dans *La doctrine élémentaire de l'éthique*, il ne s'agit pas seulement d'une doctrine formelle des devoirs internes pour les maximes des actions, mais également d'une doctrine des fins pour ce qui touche à leur matière²⁸⁶. Et le champ de l'éthique met en œuvre la faculté de juger, qui détermine « comment une maxime doit être appliquée dans des cas particuliers »²⁸⁷.

Les devoirs envers les autres en tant qu'hommes se divisent en ceux qui sont tels que s'en acquitter crée une obligation pour autrui (cf. la réciprocité dans la *philia* d'Aristote), et ceux qui

²⁸³ MICHELSTAEDTER Carlo, *La persuasion et la rhétorique ; appendices critiques*, op.cit., p.72-73.

²⁸⁴ KANT Emmanuel, *MMDV*, AK VI 376.

²⁸⁵ CITOT Vincent, GODO Pierre, « Entretien avec Jean-Luc Marion », art.cit.

²⁸⁶ KANT Emmanuel, *MMDV*, AK VI 410.

²⁸⁷ Ibid., AK VI 411. Il y a ici un point délicat, car on résume souvent la faculté de juger au fait de savoir « quelle règle générale il convient d'appliquer ». Par exemple GADAMER Hans-Georg, *Philosophie de la santé*, op.cit., p.27. Kant parle du « comment », et on peut ajouter que la faculté de juger réfléchissante, lue à l'aune de la phronésis, détermine le passage du particulier au général, et non du général au particulier.

n'obligent pas autrui. La pratique de ces devoirs s'accompagne de sentiments : amour et/ou respect. Amour et respect sont des sentiments, mais examinés dans le cadre d'un monde moral, ce sont des principes de rapprochement (amour) et de maintien à distance (respect)²⁸⁸.

L'amour rapproche les hommes les uns des autres, le respect conduit à se maintenir réciproquement à distance²⁸⁹. Ici ce n'est plus de l'amour de complaisance dont il est question²⁹⁰, ni de l'amour comme sentiment esthétique (plaisir ressenti devant la perfection d'autrui), mais de l'amour conçu comme maxime de bienveillance (i.e. l'amour pratique des hommes), qui a pour conséquence la bienfaisance²⁹¹. « Le devoir d'aimer son prochain peut donc aussi s'exprimer ainsi : il consiste dans le devoir de faire miennes les *fins* d'autres hommes »²⁹² : n'est-ce pas analogue à considérer la relation de soin comme finalisée par l'accomplissement de la singularité, de la normativité et de la liberté du malade ?²⁹³

Il y a trois déclinaisons des devoirs d'amour : devoirs de bienfaisance, de reconnaissance et de sympathie. L'omission des devoirs d'amour est un manque de vertu (*peccatum*), pas un vice comme l'est l'omission du devoir de respect dû à tout homme²⁹⁴.

Etre bienfaisant c'est « venir en aide, selon ses moyens, à d'autres hommes se trouvant dans la détresse »²⁹⁵. Je rapproche cela de ce que dit Levinas de la réponse à la détresse : c'est une réponse « médicale ». La réponse médicale (professionnelle) à la demande du malade s'enracine dans ce qui est pour Levinas un mouvement primordial et pour Kant le devoir de tout homme (envisagé du point de vue de la raison). Etre médecin, c'est faire profession de cette réponse, c'est-à-dire à la fois s'y engager par devoir, et agir en professionnel, avec un savoir-faire et des compétences pratiques qui donnent à cette réponse une effectivité optimale. En quelque sorte, le médecin est quelqu'un qui passe professionnellement de Levinas à Kant.

S'acquitter du devoir d'aimer oblige autrui en même temps (alors qu'observer le devoir de respect n'oblige que moi)²⁹⁶. C'est un devoir méritoire, mais pas pour celui qui a les *moyens* d'être bienfaisant. Si on considère le médecin, celui-ci ne manque pas de ressources cognitives ni de moyens thérapeutiques dans nos sociétés, la bienfaisance n'a alors rien de méritoire :

« La satisfaction qu'il se procure ainsi à lui-même, et qui ne lui coûte aucun sacrifice, est une manière de se griser de sentiments moraux »²⁹⁷.

Et c'est pourquoi il importe qu'il n'imagine pas que l'autre lui soit redevable,

« Il lui faut bien plutôt montrer qu'il est lui-même comme obligé ou honoré par l'acceptation de l'autre, par conséquent faire apparaître le devoir simplement comme

²⁸⁸ Ibid., AK VI 449.

²⁸⁹ Ibidem.

²⁹⁰ seul amour direct (i.e. immédiat), qui est de l'ordre de la sensation, qui est plaisir à la représentation de l'existence d'un objet. KANT Emmanuel, *MMDV*, AK VI 402.

²⁹¹ De même le respect est ici « une maxime nous imposant d'apporter une limitation, par la dignité de l'humanité en une autre personne, à l'estime que nous avons de nous-mêmes » KANT Emmanuel, *MMDV*, AK VI 449.

²⁹² Ibid., AK VI 450.

²⁹³ cf. LEFEVE Céline, « La relation de soin doit-elle être une relation d'amitié ? », art.cit.

²⁹⁴ KANT Emmanuel, *MMDV*, AK VI 464.

²⁹⁵ Ibid., AK VI 453.

²⁹⁶ Ibid., AK VI 450.

²⁹⁷ Ibid., AK VI 453.

constituant sa dette, à moins (ce qui est mieux) qu'il n'accomplisse son acte de bienfaisance entièrement en secret »²⁹⁸.

La participation au destin des autres suppose aussi le respect pour ne pas faire peser le poids de l'action bienveillante sur autrui, ce qui pourrait l'humilier en lui faisant ressentir qu'il est débiteur²⁹⁹. Le respect incite aussi à modérer l'excès d'amour de la part du médecin³⁰⁰, qui serait une offense, et à « prendre en silence sur soi les maux qu'il épargne aux autres »³⁰¹, soit donc à « taire l'amour »³⁰².

On a reproché naguère au paternalisme d'accorder une priorité au principe de bienfaisance sur le principe d'autonomie. Mais Kant est très clair à ce sujet. On ne peut parler de bienfaisance quand le bienfaiteur « prend soin paternellement de quelqu'un selon *ses* propres idées du bonheur ». Toute situation de sollicitude vis-à-vis de quelqu'un qu'on a privé de sa liberté n'est pas de la bienfaisance³⁰³ : c'est le cas du maître vis-à-vis de l'esclave, mais on pourrait ajouter le tuteur bienveillant pour celui qui est maintenu en état de minorité comme dans le texte sur l'*Aufklärung*³⁰⁴. En effet,

« je ne peux être bienfaisant envers personne si j'agis d'après *mes propres* concepts du bonheur (excepté envers les enfants mineurs ou les malades mentaux), mais il me faut à cette fin suivre au contraire ceux que s'en forge *celui* envers lequel je songe à manifester de la bienfaisance en lui imposant d'accepter ce que je lui donne »³⁰⁵.

De même ne méritent pas le nom de bienfaisance les conséquences à réparer de l'inégalité dans l'accès au bien-être³⁰⁶.

Le **devoir de reconnaissance** nous rappelle les remarques d'Aristote sur la réciprocité dans les relations asymétriques. En effet, « la reconnaissance consiste à honorer une personne à cause d'un bienfait qu'elle nous a prodigué »³⁰⁷. Le sentiment à l'œuvre est le respect. Le bienfaiteur agit par amour, l'obligé honore par respect. Kant distingue, là encore, ce qui revient à un devoir de vertu, et ce qui serait une reconnaissance affective (quoique la gratitude en soit déjà le fondement), ou encore une reconnaissance prudentielle (qui vise, par son témoignage, à inviter autrui à être encore plus bienfaisant envers moi). Contrairement à Aristote qui cherche à établir une réciprocité au moins proportionnelle, Kant insiste sur le fait qu'aucun geste en retour n'efface l'obligation née d'un bienfait reçu, même s'il convient d'en examiner le degré en fonction de l'utilité pour celui qui reçoit et du désintéressement de celui qui donne³⁰⁸. Ce qui

²⁹⁸ Ibid., AK VI 453.

²⁹⁹ Ibid., AK VI 448.

³⁰⁰ Le livre témoignage de Marie Sey montre ce qui peut advenir quand le médecin, ou l'analyste, témoigne explicitement de son amour. SEY Marie, *Le malaise d'Hippocrate...*, op.cit.

³⁰¹ KANT Emmanuel, *MMDV*, AK VI 448.

³⁰² « Prendre en silence sur soi les maux qu'il épargne aux autres », n'est-ce pas quelque peu analogue ce que disait Lacan à Bruxelles ? « De ces vies que donc depuis près de 4 septénaires j'écoute s'avouer devant moi, je ne suis rien pour peser le mérite. Et l'une des fins du silence qui constitue la règle de mon écoute, est justement de taire l'amour. Je ne trahirai donc pas leurs secrets triviaux et sans pareils ». LACAN Jacques, « Conférence à Bruxelles sur l'éthique de la psychanalyse », op.cit.

³⁰³ KANT Emmanuel, *MMDV*, AK VI 454.

³⁰⁴ Une des figures de la tutelle bienveillante qui maintient dans l'état infantile de minorité est précisément le médecin. KANT Emmanuel, « Réponse à la question : qu'est-ce que les Lumières ? », op.cit.

³⁰⁵ KANT Emmanuel, *MMDV*, AK VI 454.

³⁰⁶ Ibid., AK VI 454.

³⁰⁷ Ibidem.

³⁰⁸ Ibid., AK VI 455-456.

n'est pas abordé par Kant mais signalé par Ferenczi est le fait que le patient en analyse ne peut pas être reconnaissant à son médecin. Certes, ce dernier l'a « rendu à la santé », mais lui a enlevé la possibilité de jouir de ses symptômes !³⁰⁹

Quant au **devoir de sympathie**, il faut le dégager à partir du sentiment sensible de plaisir/déplaisir qu'on éprouve à la joie/peine d'autrui. Kant est ici proche de Spinoza et de la contagion des affects. Disposition naturelle, la sympathie peut être utilisée comme moyen de favoriser la bienveillance active et rationnelle (la bienfaisance donc).

« La sympathie pour la joie ou la peine d'autrui (*Mitfreude und Mitleid*) (*sympathia moralis*) est à la vérité le sentiment sensible d'un plaisir ou d'une peine (pouvant justement être appelé esthétique) qui s'attache à l'état de satisfaction ou d'affliction d'autrui, et dont la nature nous a déjà rendus susceptibles. Mais c'est encore un devoir particulier, quoique simplement conditionnel, de se servir de cette sympathie comme d'un moyen en faveur de la bienveillance active que prescrit la raison, et c'est ce devoir que l'on désigne sous le nom d'*humanité* (*humanitas*) : on ne considère pas seulement ici l'homme comme un être raisonnable, mais aussi comme un animal doué de raison »³¹⁰.

Nous reprendrons certaines indications de Kant sur la sympathie et la compassion dans le chapitre que nous leur consacrerons (chapitre XII).

A.5 UN OU PLUSIEURS AMOURS ?

Nous avons jusqu'à présent emprunté des directions variées, et l'amour apparaît, sinon comme un puzzle, du moins comme un kaléidoscope. Si Lacan accentue les disparités, dans une toute autre voie Jean-Luc Marion défend une théorie uniciste de l'amour, dont les développements alimenteront notre réflexion sur l'érotique médicale.

On cherche des motifs, des mobiles, des raisons à l'amour. S'employer à déterminer les « bonnes raisons » d'aimer (intérêt commun, incomplétude portée vers l'objet d'un désir, puissance bienveillante cherchant à s'exercer, actes de bienfaisance secourable) peut certes contribuer à rendre les phénomènes intelligibles, mais pour Marion, l'amour n'accède à sa « propre hauteur, qu'à partir du moment où il excède toute raison suffisante, pour se déployer dans l'insuffisance de toute raison – suivant un principe de raison *insuffisante* »³¹¹. Pour lui, « L'amour intervient dans les situations où il s'exerce enfin sans raison »³¹².

Ce genre d'affirmation pourrait réduire l'intérêt de notre enquête à néant. Mais ceci ne nous arrêtera pas, car quelques indications de sa part sont précieuses. Et tout d'abord, le constat sur lequel il s'appuie pour s'efforcer d'atteindre le vif de l'amour : nous nous découvrons, à l'évidence,

« toujours déjà pris dans la tonalité d'une disposition érotique – amour, haine, malheur ou bonheur, jouissance ou souffrance, espoir ou désespoir, solitude ou communion – et que

³⁰⁹ FREUD Sigmund, FERENCZI Sandor, « *Correspondance Tome II, 1914-1919* », op.cit., p.152.

³¹⁰ KANT Emmanuel, *MMDV*, AK VI 456.

³¹¹ CITOT Vincent, GODO Pierre, « Entretien avec Jean-Luc Marion », art.cit.

³¹² *Ibidem*.

jamais nous ne pouvons prétendre, sans nous mentir à nous-mêmes, atteindre une neutralité érotique de fond »³¹³.

Aimer (ou haïr) est ce qui définit l'homme : animal aimant³¹⁴. Si c'est le cas, nul doute alors que, médecin et malade étant des animaux aimants, toujours déjà pris dans la tonalité d'une disposition érotique, leur rencontre interroge ces dispositions que la maladie peut d'ailleurs altérer.

Notons toutefois que ce point de départ l'amène à séparer le désir (« qui, en principe, calcule toujours les moyens de se réaliser ») de l'amour (qui « au contraire, ne se trouve tenu à aucune obligation de résultat, de moyen, ni de raison »)³¹⁵, et à évacuer aussi certaines problématiques kantienne : « Il n'y a pas d'amour éthique »³¹⁶. Ne peut convenir non plus de définir l'amour comme une passion, laquelle n'est qu'une modalité facultative, qui plus est une « perturbation regrettable » pour l'*ego cogitans*³¹⁷, « à soumettre ensuite à la volonté »³¹⁸, alors que l'amour est pour l'homme, animal aimant, une de ses « modalités d'origine »³¹⁹.

Vue sous cet angle inédit, la question érotique se déplace pour nous : qu'est-ce que la maladie, la santé, la relation au médecin, font subir, ou suscitent, ou éveillent, pour l'animal aimant malade ? Et réciproquement, cet animal aimant qui pratique la médecine, en quoi l'aimance module-t-elle son exercice ? En quoi pratique-t-il la médecine en tant que d'abord il aime (ou hait), ce qui signifie par conséquent aussi, en quoi pratique-t-il la médecine en première personne³²⁰ ? Et aussi, qu'est-ce qu'implique le fait d'être visé par une demande adressée par un aimant, toujours déjà pris dans la tonalité d'une disposition érotique ?

5.1. Etre aimé pour exister

En quoi l'amour est-il une « modalité d'origine » et non une option facultative ? Parce que pour être, selon Marion, « il me faut qu'on m'aime »³²¹. Le désir de connaître, qui demande de l'attention, des efforts, du temps, n'est pas vectorisé uniquement par le plaisir de connaître et la jouissance de nous-mêmes *dans* ce procès de connaissance³²², il y va fondamentalement et finalement de la jouissance de soi³²³. Et pourtant cette certitude est fragile : la certitude de l'*ego* ne vaut qu'aussi longtemps qu'il la pense, « je ne suis certain de moi que comme je le suis d'un objet »³²⁴, et je doute *autrement* de moi : de la force de mes désirs, de mon avenir, de mon identité, de mon statut, etc. « Produire moi-même ma certitude ne me rassure en rien »³²⁵.

³¹³ MARION Jean-Luc, *Le phénomène érotique*, op.cit., p.18.

³¹⁴ Ibidem.

³¹⁵ CITOT Vincent, GODO Pierre, « Entretien avec Jean-Luc Marion », art.cit. Mais le désir reviendra en force.

³¹⁶ Ibidem.

³¹⁷ MARION Jean-Luc, *Le phénomène érotique*, op.cit., p.17.

³¹⁸ Ibid., p.19

³¹⁹ Ibidem.

³²⁰ Puisque « aimer a en propre de ne se faire qu'en première ligne et sans substitution possible; aimer met en jeu mon identité, mon ipséité, mon fonds plus intime à moi que moi-même ». MARION Jean-Luc, *Le phénomène érotique*, op.cit., p.21.

³²¹ Ibid. p.39. C'est ce que Marion nomme « la réduction érotique » : Ibid., p.41.

³²² Ibid., p.25-26.

³²³ Ibid., p.28.

³²⁴ Ibid., p.29

³²⁵ Ibid., p.37

L'assurance (on pourrait glisser ici : la confiance en soi), c'est-à-dire d'être « affranchi du soupçon d'inanité », requiert autre chose qu'une certitude d'être obtenue par la pratique de la cogitation (qui ne convient finalement qu'aux objets, y compris moi comme objet), elle requiert la réponse à la question : « m'aime-t-on ? »³²⁶. Cela met en lumière le fait que l'amour de soi pose problème. S'il existait vraiment, il n'y aurait nul besoin de s'inquiéter d'un « m'aime-t-on ? »³²⁷.

Lacan l'avait dit : « aimer, c'est essentiellement, vouloir être aimé »³²⁸. Marion ne le cite pas mais propose ceci : « Renoncer à être aimé (voire à aimer), non seulement coûte infiniment plus que renoncer à être, mais rend impossible d'être tout court comme un humain »³²⁹. En quelque sorte, il ne s'agit pas d'être aimé au sens où d'abord je suis, et ensuite, en tant qu'être (certain de son existence objectale), aimé, mais d'être aimé au sens où d'être aimé, je suis (je suis = assuré d'exister comme sujet, pas certain d'être comme une chose du monde). Non pas la certitude épistémique de soi par soi, mais une assurance venue d'ailleurs (de l'Autre dirait Lacan). C'est, dit Marion, un égoïsme altéré par l'ailleurs et ouvert par lui³³⁰.

« Pour être celui que je suis, il me faut ouvrir une possibilité de devenir autre que je suis, de me différer dans l'avenir (...), je dois être en tant que possibilité d'être autrement »³³¹.

Il me semble que cette question cruciale est éveillée et apparaît en pleine lumière dans la condition de malade. Et c'est une des raisons pour lesquelles la situation médicale, l'appel à l'autre médecin, fût-il rendu objectivement nécessaire pour réparer une machine corporelle défaillante, est grosse d'une autre interrogation : m'aime-t-on ? Et la réponse médicale, fût-elle objectivement adéquate à restaurer la machine corporelle, vaut aussi comme réponse à la question existentielle, laquelle vient d'un ailleurs, d'un Autre, (qui peut bien être anonyme, l'important étant qu'il vienne d'ailleurs). Par contre, cette réponse, même transitoire, fugitive, ne relève pas d'une intelligence (artificielle ou non).

L'interrogation « m'aime-t-on ? » expose à l'incertitude radicale : y aura-t-il une réponse ? Il faut faire son deuil de l'autonomie (entendue ici comme résultant de produire seul sa certitude) si « mon caractère désormais déterminant – aimé ou haï – ne m'appartiendra plus jamais en propre »³³² : la dépendance est l'horizon ultime, mais la nouveauté est d'apparaître à soi-même comme aimable. Mais où suis-je alors ? Dans un pays étranger, et l'adresse que « je sélectionnerai avec confiance ou avec angoisse » désignera, même si c'est provisoire, « l'ailleurs qui me concerne, parce qu'il répond ou du moins paraît pouvoir répondre à la

³²⁶ Ibid., p.38.

³²⁷ L'« obsession à se faire aimer sans fin, sans frein et sans motif, par tout un chacun le prouve assez *a contrario*; en effet, il n'aurait nul besoin de se faire aimer à ce point s'il s'aimait au moins un peu lui-même ». MARION Jean-Luc, DEVILLAIRS Laurence, « Le phénomène érotique », *Études* 2003/11 ;399 : 483-94.

³²⁸ LACAN Jacques, *Les quatre concepts...*, op.cit., p.228 (séance du 17 juin 1964). La phrase est reprise, et mise au compte d'Alcibiade dans le Banquet, in LACAN Jacques, « Du « Trieb » de Freud et du désir du psychanalyste », art.cit., p.853.

³²⁹ MARION Jean-Luc, DEVILLAIRS Laurence, « Le phénomène érotique », art.cit.

³³⁰ MARION Jean-Luc, *Le phénomène érotique*, op.cit., p.46.

³³¹ Ibid., p.39.

³³² Ibid., p.49.

question "m'aime-t-on ? " »³³³ Et la réponse, quand elle arrive, advient comme un événement, et se trouve de ce fait même érotisée.

Nul doute que la maladie exacerbe l'interrogation et l'acuité d'être projeté dans un pays étranger. On pense aussi ici à la phrase de Winnicott que nous avons commenté dans la deuxième partie: « Ce qu'on attend de nous, c'est qu'il soit possible de dépendre de nous »³³⁴. L'**hospitalité** n'est-elle pas alors une première réponse à cette question vitale « m'aime-t-on ? » Ce terme apparaît dans un ouvrage collectif, *Manuel poétique et pratique à l'usage des soignants et autres curieux*³³⁵, où médecins, psychologues et autres intervenants de l'hôpital psychiatrique public, rapportent un travail d'écriture à plusieurs voix pour décrire leurs initiatives afin d'améliorer les conditions d'existence de patients psychotiques. L'hospitalité relève « d'une ouverture sans condition, accueillante en tant que telle »³³⁶. C'est un espace d'accueil de l'hôte. Un moment liminaire de la relation de soin est à situer dans l'irruption du malade. On ne le connaît pas, il vient pour la première fois dans ce nouveau pays qu'est le cabinet médical ou le service hospitalier. L'irruption du malade signifie « m'aime-t-on ? ». Il ne fait pas valoir ses droits, mais l'hospitalité est le signe de ce droit qui lui est reconnu et signifié d'un même mouvement. Il nous apparaît à présent que ce n'est pas seulement un signe de justice, mais une réponse érotisée³³⁷.

L'amour n'est encore appréhendé que comme une pénurie : m'aime-t-on ? Je suis en manque d'amour, j'en demande. « *L'ego* s'adresse à l'amour comme un pauvre »³³⁸. De prime abord, il « n'attend de l'amour qu'un échange à peu près honnête »³³⁹, une stricte réciprocité, qui est en fait un obstacle à l'amour en fixant les conditions d'un échange.

Or la question « m'aime-t-on ? » reste sans réponse qui vaudrait pour sa certitude, ou qui pourrait épuiser la question:

« Je ne peux pas plus savoir si un autrui m'aime vraiment, que je ne peux m'aimer moi-même ; il se trouve même que, à force d'exiger une réponse positive à cette première question, j'aboutis inévitablement soit à la haine de moi (parce que je reste le mieux placé pour savoir que je ne mérite guère qu'on m'aime), soit à la haine d'autrui (parce qu'il refuse de m'aimer infiniment, comme je le lui demande) »³⁴⁰.

Cette haine de soi est attestée par le mépris de soi (se trouver minable), la mauvaise foi, les efforts pour se mentir à soi-même³⁴¹.

Ces remarques trouvent de nombreuses résonances en clinique médicale, notamment dans le champ des addictions. La suite incite à inventer d'autres pistes relationnelles et

³³³ Ibid., p.54.

³³⁴ WINNICOTT Donald W, « Cure », op.cit. Ce mouvement, dont on vient de voir qu'il était érotisé, ne doit cependant pas servir à susciter l'amour ou la haine.

³³⁵ GUERIN Anne, CACHARD Claudie (dir), *Manuel poétique et pratique à l'usage des soignants...*, op.cit.

³³⁶ Ibid., p.13.

³³⁷ Il me semble que l'hospitalité fait le pont entre amour et justice : en effet, lorsque Kant parle d'hospitalité dans le *Projet de paix perpétuelle*, « il ne s'agit pas de philanthropie, mais de droit, et en ce sens, hospitalité signifie le droit qu'a tout étranger de ne pas être traité en ennemi dans le pays où il arrive ». KANT Emmanuel, *Vers la paix perpétuelle ; esquisse philosophique* (1795), trad. JF Poirier, F. Proust, Paris, GF-Flammarion, 1991, p.73-131, 3e article.

³³⁸ MARION Jean-Luc, *Le phénomène érotique*, op.cit., p.113.

³³⁹ Ibid., p.114.

³⁴⁰ MARION Jean-Luc, DEVILLAIRS Laurence, « Le phénomène érotique », art.cit.

³⁴¹ MARION Jean-Luc, *Le phénomène érotique*, op.cit., p.91-97.

thérapeutiques que celles qui consistent à s'épuiser dans la réassurance, les bons conseils et les succédanés matériels.

5.2. Substituer aimer en acte (« puis-je aimer, moi, le premier ? ») au « m'aime-t-on ? »

Le caractère inépuisable de la demande et l'inanité foncière de toute réponse explique que l'ouverture à l'amour passe par la substitution d'un « puis-je aimer, moi le premier ? » au « m'aime-t-on ? »³⁴². Puissant est l'amour qui n'est pas affecté par la réciprocité. En effet, « L'amant a le privilège de ne rien perdre »³⁴³. « Plus j'aime à perte, moins je perds de vue l'amour, puisque l'amour aime à perte de vue »³⁴⁴. On ne trouvera donc pas la vérité de l'amour dans une logique des affaires, de l'échange et du contrat, car tant qu'autrui est réductible à sa fonction dans l'économie, l'amant ne surgit pas. Il surgit « lorsque, dans la rencontre, j'en viens à suspendre la réciprocité, à ne plus faire d'économie, à m'engager sans garantie ni assurance »³⁴⁵. « L'amant aime sans raison, ni pouvoir rendre raison (...) la raison apparaît comme un principe de *raison insuffisante* »³⁴⁶. Par quoi la séduction se distingue de l'amour : c'est vouloir se faire aimer sans finalement aimer³⁴⁷. Le malade peut être aussi un séducteur contraint à séduire, un séducteur par dépendance, par nécessité, pour survivre³⁴⁸. Mais aussi il peut de ce fait être inconsciemment haineux autant que reconnaissant en apparence vis-à-vis de ceux dont il dépend, à la merci de qui il se trouve³⁴⁹.

L'assurance se déplace : à la certitude fragile d'être un objet de cogitation, à la certitude sans garantie d'être aimé, fait place celle d'aimer en acte. Aimer sans l'être, mais « l'amant qui se perd se gagne encore lui-même en tant qu'amant »³⁵⁰. Cette assurance d'aimer, l'assurance que « je fais l'amour » vient d'un ailleurs qui n'est pas l'ailleurs de l'autre qui m'aime, mais « d'un ailleurs plus intime à moi que moi-même : l'ailleurs qui m'advient dans le geste même où je me départis de ce que j'ai (mon don) et de ce que je suis, pour ne m'assurer que de ce que je fais en vérité à cet instant – l'amour »³⁵¹.

Et c'est l'amant qui fait apparaître l'aimé comme aimable. Avec les yeux de l'amour, il est dévoilé comme un phénomène jusque là « invu »³⁵². Mais pourquoi aimer celui-ci et pas celui-là ? Si aucune comparaison ne peut faire raison, la seule réponse est que « autrui, devenu unique, occupe lui-même, en vertu de son rôle de point focal, la fonction de la raison qu'a l'amant de l'aimer »³⁵³. On n'est donc pas aimable parce qu'on le mérite, mais parce qu'on est aimé.

³⁴² Ibid., p.116.

³⁴³ Ibid., p.117.

³⁴⁴ Ibidem.

³⁴⁵ Ibid., p.128.

³⁴⁶ Ibid., p.129.

³⁴⁷ Ibid., p.135.

³⁴⁸ FENNETAUX Michel, *Et dès lors ma guerre commença*, Paris, Editions Verticales, 1997, p.156.

³⁴⁹ Ibid., p.157.

³⁵⁰ MARION Jean-Luc, *Le phénomène érotique*, op.cit., p.120.

³⁵¹ Ibid., p.122-3.

³⁵² Ibid., p.131.

³⁵³ Ibid., p.133.

On pourra trouver cela un peu court, et supposer que quelque trait spécifique aura pu ériger autrui en unique, en éromène, etc. L'amour se fait énigmatique, si je ne sais pas pourquoi j'aime³⁵⁴. Marion surmonte l'obstacle en appelant à la décision libre de l'amant, qui s'atteste par cette décision. Et la décision reste valide même si l'amour n'est pas performé. C'est aimer aimer alors qui me revient³⁵⁵. Cette décision procure une tonalité affective, une « intuition à la fois intentionnelle d'autrui et sans autrui assignable »³⁵⁶.

Peut-elle par exemple se traduire dans une disposition médicale ? Prêter le serment de Genève, c'est décider cela. Ce ne serait pas alors obéir à un devoir, mais répondre positivement à la question « puis-je aimer, moi, le premier ? » qui est la question de la réduction érotique radicalisée³⁵⁷. « S'adonner au bien du malade », n'est-ce pas la modalité médicale de la réduction érotique radicalisée ?³⁵⁸ Marion précise d'ailleurs que

« à mesure qu'il [l'amant] progresse dans la performance de cette réduction, l'intuition ainsi provoquée par sa décision s'accroîtra pour devenir à la limite une intuition saturante »³⁵⁹.

On ne peut s'empêcher de rapprocher cela des indications kantienne sur l'amour du prochain. Car, pour le médecin, répondre positivement à la question « puis-je aimer, moi, le premier » revient non pas à une disposition affective, mais à être bien-faisant³⁶⁰. Notons que cette décision vient au-devant de, qu'elle s'offre à celui qui demande d'être aimé. Il s'agit bien d'une force désirante, mais qui ne calcule pas³⁶¹.

Marion confronte sa thèse à la rencontre du visage chez Levinas : « je tente de phénoménaliser autrui, mais à titre d'amant ». Son visage m'impose une signification qui est aussi résistance (« tu ne tueras point ») à mes pouvoirs, mon attente, mon désir. « En entendant « tu ne tueras pas », je peux et dois, à titre d'amant, entendre « ne me touche pas »³⁶².

Le désir de l'amant l'amène à « faire l'amant sans garantie de retour »³⁶³, à décider d'aimer *comme si*, à se défaire aussi de l'activité d'un ego, qui voudrait se faire aimer pour soi. Il promet « Me voici ! » mais n'attend pas le « Me voici » d'autrui qui a lieu dans la rencontre amoureuse et la croisée des chairs.

³⁵⁴ Ibid., p.144.

³⁵⁵ Ibid., p.149.

³⁵⁶ Ibid., p.154.

³⁵⁷ Ibid., p.155.

³⁵⁸ Ce que Lain Entralgo désigne comme la règle d'or de l'art de guérir. La suivre résume les devoirs du médecin à l'égard du patient. LAIN ENTRALGO Pedro, *Le médecin et le malade*, op.cit., p.209.

³⁵⁹ MARION Jean-Luc, *Le phénomène érotique*, op.cit., p.155.

³⁶⁰ « Tu dois *aimer* ton prochain comme toi-même, cela ne signifie pas : « Tu dois l'aimer immédiatement (tu dois commencer par l'aimer) et, par l'intermédiaire de cet amour (ensuite) lui faire du bien », mais au contraire, cela signifie « *fais du bien* à ton prochain, et cette bienfaisance suscitera en toi l'amour des hommes (en tant qu'habitude du penchant à la bienfaisance en général) ». Kant Emmanuel, *MMDV*, AK VI 401.

³⁶¹ La *sôphrosunê* serait alors celle de tempérer l'ardeur de l'amant, plutôt que de faire obstacle par la raison à un appétit coupable.

³⁶² MARION Jean-Luc, *Le phénomène érotique*, op.cit., p.162.

³⁶³ Ibid., p.177.

5.3. Une érotique sans sexualité

« Les partisans de l'amour pur le conçoivent comme une exception magnifique et hyperbolique à un amour supposé normal, à savoir réciproque, dans lequel chacun trouverait son compte selon la règle du donnant donnant »³⁶⁴.

Or il ne s'agit pas de « l'amour pur », car pour Marion cette expression suggère qu'il y en aurait des formes impures :

« Je soutiendrais volontiers qu'il n'y a que des amours pures : l'amour, entendu bien sûr selon la réduction érotique et l'avance de l'amant, commence lorsqu'il suspend la demande de réciprocité ; sinon, il n'y a pas d'amour du tout, mais simplement le désir, le besoin de se faire rassurer, l'envie de posséder, etc. Je rejette, dans la doctrine du pur amour, l'hypothèse contradictoire d'une impureté de l'amour : soit il y a amour, soit il n'y a pas d'amour du tout »³⁶⁵.

Par rapport à l'amitié, Marion suggère de distinguer deux cas. Dans le premier cas, la relation d'égalité entre deux partenaires qui partagent un même intérêt, la jouissance réciproque d'un intérêt commun, ne relève pas de l'ailleurs et ne relève pas de l'amour.

« Ce que l'on nomme couramment amitié (avoir un réseau d'amitiés, compter sur des amis solides, etc.), cela relève du commerce, de l'échange, de la socialité commune, mais reste étranger à la réduction érotique »³⁶⁶.

Donc, Marion exclut certaines formes de *philia* du registre de l'amour. Dans le second cas, on interprète l'amitié comme la demande d'un ailleurs, l'avance sans réciprocité de l'ami, et alors l'amitié peut se lire en régime de réduction érotique, quoiqu'il n'y ait pas échange des chairs érotisées. Son refus est le corrélat d'une non exclusivité d'autrui dans l'amitié. L'amitié s'abstient de passer à la jouissance, même si la chair est érotisée³⁶⁷.

La chair peut en effet être érotisée sans jouir : ainsi l'ami, la mère, le père, embrassent et tiennent. Lain Entralgo évoque la caresse amoureuse que représente aussi le toucher du corps du malade : impératif technique pour réduire le désagrément que représente l'examen physique, surtout des parties douloureuses ; mais aussi marque de l'amitié médicale qui permet au malade d'éprouver soulagement, bien-être, sentiment de sa propre valeur³⁶⁸. Cette érotisation là reste libre, et elle est même possible sans contact, par la seule parole. Une « parole qui ne parle à autrui que de lui-même, en propre, à titre de personne insubstituable » est une parole qui donne chair à l'autre, et « si je touche autrui et lui donne chair rien qu'en lui parlant, alors je lui fais l'amour *en personne* »³⁶⁹.

Cette érotisation sans sexualité signale que la chasteté est « la vertu érotique par excellence ». Elle est présente dans la relation du parent à l'enfant, de l'ami à l'ami, de l'homme à Dieu³⁷⁰. Selon nous, elle est celle qui convient aussi à l'amour du médecin. Marion l'évoque d'ailleurs expressément dans un entretien autour de son livre :

³⁶⁴ MARION Jean-Luc, DEVILLAIRS Laurence, « Le phénomène érotique », art.cit.

³⁶⁵ Ibidem.

³⁶⁶ Ibidem.

³⁶⁷ MARION Jean-Luc, *Le phénomène érotique*, op.cit., p.337.

³⁶⁸ LAIN ENTRALGO Pedro, *Le médecin et le malade*, op.cit., p.187-188.

³⁶⁹ MARION Jean-Luc, *Le phénomène érotique*, op.cit., p.281.

³⁷⁰ Ibid., p.283.

« Cette inscription de l'amitié dans l'espace de la réduction érotique permettrait sans doute aussi de reprendre certaines autres situations inter-personnelles, que l'on reconduit sans doute trop vite (et fort inadéquatement) à l'universalité de l'éthique, alors qu'elles mettent en œuvre l'insubstituabilité de tel autrui, qui me fixe et m'identifie mieux que je ne puis moi-même. L'analyste, le directeur de conscience, le médecin, le professeur, comme beaucoup d'autres, relèvent de cette intrigue où personne ne peut remplacer personne, parce que chacun accède à un unique »³⁷¹.

Michel Fennetaux en témoigne depuis sa position de malade : l'essentiel n'est pas l'aide directe que les autres apportent, mais les témoignages qu'ils prodiguent et qui disent au malade, car cela passe par les mots, que celui-ci compte pour eux, qu'ils ont besoin de lui, qu'il est irremplaçable, donc qu'ils l'aiment³⁷². Aimer autrui, c'est donc lui témoigner ceci : « tu comptes pour moi », « j'ai besoin de toi, irremplaçable ». Ces mots ne sont qu'une « modulation du souffle », un « presque rien, ce presque rien qui nous reste quand plus rien ne nous reste », mais ce reste, « à la disposition de chacun, sans devenir propriété de personne », est « un bien commun »³⁷³. Voilà une illustration de ce que signifie « faire l'amour *en personne* », dans une érotisation sans sexualité.

5.4. Erôs et agapē

Pour conclure, Marion envisage l'équivocité de l'amour entre *erôs* et *agapē*, « l'amour de passion, qui jouit de soi et possède autrui », opposé à « l'amour de vertu, qui donne à autrui et s'oublie soi-même »³⁷⁴. Cette distinction ne tient pas, car les qualités de l'un s'appliquent à l'autre. Par exemple, l'amant qui jouit et possède n'y parvient qu'en s'abandonnant le premier, en érotisant d'abord la chair d'autrui, en lui promettant en premier la fidélité : *erôs* est donc aussi oblatif et gratuit que *agapē*. Marion estime qu'il « faut beaucoup de naïveté ou d'aveuglement, ou plutôt tout ignorer de l'amant et de la logique érotique, pour ne pas voir que l'*agapē* possède et consume³⁷⁵ autant que l'*erôs* offre et abandonne »³⁷⁶. La différence entre l'homme et Dieu, c'est que Dieu, qui se nomme du nom de l'amour, « aime simplement infiniment mieux que nous »³⁷⁷, c'est l'amant par excellence.

Freud avait lui aussi, sur d'autres bases, adopté une conception unifiée de l'amour :

« Le noyau appelé par nous amour est formé naturellement par ce qu'on nomme d'ordinaire amour et que chantent les poètes, l'amour entre les sexes avec pour but l'union sexuée. Mais nous n'en séparons pas ce qui, par ailleurs, participe du nom d'amour, d'une

³⁷¹ MARION Jean-Luc, DEVILLAIRS Laurence, « Le phénomène érotique », art.cit. (nous soulignons).

³⁷² FENNETAUX Michel, *op.cit.*, p.190.

³⁷³ *Ibid.*, p.190.

³⁷⁴ MARION Jean-Luc, *Le phénomène érotique*, *op.cit.*, p.339.

³⁷⁵ Je rapproche ceci de la suite d'une citation rapportée plus haute. « De ces vies que donc depuis près de 4 septénaires j'écoute s'avouer devant moi, je ne suis rien pour peser le mérite. (...) Mais il est quelque chose dont je voudrais témoigner. À cette place, je souhaite qu'achève de se consumer ma vie. LACAN Jacques, « Conférence à Bruxelles sur l'éthique de la psychanalyse », *op.cit.*, p.17. Allouch en tire un enseignement pratique : « se faire, dans l'amour, bûche humide et néanmoins brûlante, sans pour autant flamber (...), en appeler ainsi à la liberté d'autrui, solliciter autrui de conquérir (...) sa propre liberté en délivrant son savoir insu (...). C'est à la liberté de l'analysant que s'adresse le psychanalyste ». ALLOUCH Jean, *Contre l'éternité. Ogawa, Mallarmé, Lacan*, Paris, Epel, « essais », 2009, p.42-43.

³⁷⁶ MARION Jean-Luc, *Le phénomène érotique*, *op.cit.*, p.340.

³⁷⁷ *Ibid.*, p.341.

part l'amour de soi, d'autre part l'amour parental et l'amour filial, l'amitié et l'amour pour les hommes en général, pas plus que le dévouement à des objets concrets et à des idées abstraites »³⁷⁸.

Toutes ces tendances conservent quelque chose de leur essence originelle, à savoir : « sacrifice de soi, tendance au rapprochement »³⁷⁹. C'est pourquoi Freud salue la langue qui crée un seul mot avec tant d'applications, « regroupement légitime » même si elle suscite de l'indignation. Freud minimise ce que serait l'innovation sacrilège de la psychanalyse, en renvoyant à l'Erôs de Platon : l'Erôs du philosophe est aussi relié à l'amour entre les sexes. « Le mot grec Erôs n'est tout compte fait rien d'autre que la traduction de notre mot allemand Liebe »³⁸⁰. Bien entendu, cela est contestable d'un point de vue historique³⁸¹, mais nous en tirons un argument supplémentaire pour parler d'érotisme médical dans un sens à la fois élargi et qui ne fait pas l'impasse sur le lien avec le désir sexuel. Choisir Erôs, c'est faire avec Freud le pari que l'agapē est une sublimation d'Erôs qui a oublié sa racine pulsionnelle et libidinale. Lain Entralgo conclut quant à lui que « science, technique et amour s'articulent de manière ou d'autre dans l'activité du véritable médecin » et que « l'assistance médicale doit être tout à la fois *erôs*, *agapē* et *philia* »³⁸². Et nous restons à présent avec Freud pour aborder la question de l'amour de transfert, qui offre à notre propre enquête l'intérêt de mettre l'accent sur une relation qui présente bien des aspects communs à la relation médicale.

B. TRANSFERT ET AMOUR DE TRANSFERT

Il est bien connu que l'amour de transfert concerne avant tout la psychanalyse. Comme le dit Assoun en introduction à ses *Leçons psychanalytiques sur le transfert*, « le transfert est le maître mot de l'analyse envisagée comme pratique »³⁸³. Le concept du transfert « dirige la façon de traiter les patients » et inversement, « la façon de les traiter commande le concept »³⁸⁴. « Le transfert, dans l'opinion commune, est représenté comme un affect »³⁸⁵ et si « la tendance générale est de soutenir qu'il s'agit là d'une sorte de faux amour, d'ombre d'amour », Freud parlait d'un amour authentique »³⁸⁶. Le transfert est-il un produit de la situation analytique ? Pour Lacan, la situation elle-même ne pourrait le créer de toutes pièces, il faut qu'il y ait des possibilités déjà présentes auxquelles la situation donnera leur composition, peut-être unique³⁸⁷.

³⁷⁸ FREUD Sigmund, « Psychologie des masses et analyse du moi » (1921), *Ceuvres complètes vol. XVI*, Paris, Presses Universitaires de France, 2010, p.29.

³⁷⁹ Ibidem.

³⁸⁰ Ibid., p.30.

³⁸¹ On pourra se reporter par exemple à l'article très didactique de Sandra BOEHRINGER, « La sexualité a-t-elle un passé ? De l'érôs grec à la sexualité contemporaine : questions modernes au monde antique », *Recherches en psychanalyse* 2010/2 ;10 :189-201.

³⁸² LAIN ENTRALGO Pedro, *Le médecin et le malade*, op.cit., p.197.

³⁸³ ASSOUN Paul Laurent, *Leçons psychanalytiques sur le transfert*, Paris, Anthropos, 3^e éd., 2011.

³⁸⁴ LACAN Jacques, *Les quatre concepts...*, op.cit., p.114, séance du 15 avril 1964.

³⁸⁵ Ibid., p.113.

³⁸⁶ Ibidem.

³⁸⁷ Ibid., p.114.

Peut-on en dire autant de la médecine somatique ? Non, certainement pas. Mais cela peut fonctionner comme une « loupe grossissante » pour la pratique médicale. En dehors de l'analyse, il y a des « effets de transfert exactement structurables comme le jeu du transfert dans l'analyse »³⁸⁸, laquelle en fournit une sorte de modèle expérimental. Et s'il y a un transfert dès lors qu'une demande est adressée à un sujet supposé savoir, il y aura donc, pour cette raison là au moins, de l'amour qui s'invite dans la médecine, comme il s'est invité dans la psychanalyse, où Freud l'a situé à la fois comme un moteur pour la cure, et une source d'embarras. Il y va de même en médecine, même si le plus souvent, sa forme est atténuée, et si le transfert qui y opère n'est pas analysé pour lui-même.

Il est vrai que cela signifie de prendre position sur la médecine. S'il n'est question que du pouvoir de la science et de la distribution organisée des bienfaits qui en résultent, si la régulation est celle des devoirs déduits des droits de l'homme et de la gestion ou de l'organisation des soins, alors il n'est pas utile de parler d'amour, ni d'ailleurs de demande. Seul compte le besoin, et l'obligation d'y satisfaire en actionnant des connaissances qui ne sont pas que supposées, mais qui doivent être certifiées. « La succession ou la somme des sentiments positifs ou négatifs » que le patient porte au médecin, qui est « l'emploi ordinaire du terme » de transfert³⁸⁹, ne fournit qu'une coloration accessoire à ce qui importe le plus.

Nous avons vu cependant, en examinant les questions de la demande et du corps, en quoi la demande pouvait diverger de l'expression d'un besoin objectif de soins. Rappel : à partir d'une proto-relation entre nourrisson et sein maternel, un certain nombre de différenciations et de transformations concomitantes se déroulent : passage du cri de faim (pure expression d'un besoin) à l'appel sonore à l'autre qui vaut aussi pour autre chose que la faim, c'est-à-dire passage d'un régime du besoin à un régime de la demande ; constitution de la polarité sujet-objet ; dédoublement de la série faim-bouche-mamelon : dans un même mouvement, le besoin devient pulsion et le sein devient à la fois satisfaction du besoin, objet du désir et symbole d'une satisfaction d'amour³⁹⁰. Donc, il y a ce noyau implicite qui sous-tend toute demande dans la relation médicale : « est-ce qu'en vous je trouverai quelqu'un qui m'aimât suffisamment pour prendre soin de moi ? » Et il faut bien voir que la configuration médicale qui actualise cette position de demandeur renvoie le sujet à une expérience vitale fondamentale³⁹¹. C'est par cette voie aussi que la « régression analytique » s'amorce, elle ne montre rien d'autre « que le retour au présent, de signifiants usités dans des demandes pour lesquelles il y a prescription ». Ce retour au point de départ « explique le transfert primaire, et l'amour où parfois il se déclare ». Voilà pourquoi l'énamoration de transfert est là : depuis l'enfance la demande est demande d'amour³⁹².

L'effet de transfert qu'est l'amour s'éclaire de ce que nous avons déjà pointé : « aimer, c'est essentiellement, vouloir être aimé »³⁹³. Or l'amour intervient aussi dans sa fonction de

³⁸⁸ Ibidem.

³⁸⁹ LACAN Jacques, « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », op.cit.

³⁹⁰ LACAN Jacques, « Remarque sur le rapport de Daniel Lagache... », op.cit.

³⁹¹ « Demander, le sujet n'a jamais fait que ça, il n'a pu vivre que par ça, et nous prenons la suite. » LACAN Jacques, « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », op.cit.

³⁹² On songe à la question de Marion « m'aime-t-on ? » des pages précédentes.

³⁹³ LACAN Jacques, *Les quatre concepts...*, op.cit., p.228, séance du 17 juin 1964.

tromperie, l'amour est aussi la face de résistance du transfert, qui ferme le sujet à l'interprétation. Le sujet veut se faire aimer de l'analyste, et donc tient à se présenter comme aimable³⁹⁴.

En clinique médicale, tel malade ne demande rien, il faut presque reconstruire l'appel qui nous est lancé, aller vers lui comme vers quelqu'un qui n'a plus la force de se tourner vers l'autre³⁹⁵ ; tel malade nous assaille de demandes, comme s'il testait les limites de notre « responsivité ». Nous avons vu aussi que la demande de soins adressée au médecin peut fort bien se mêler d'une prévention à l'égard de toute modification du statu quo. Un *noli me tangere*, en quelque sorte. Convient-il de respecter l'interdiction, ou convient-il, au contraire de ne pas s'en tenir là ? Autrement dit, on ne peut éviter la question de ce qu'on veut à l'autre, de ce qu'on veut pour l'autre et de l'autre, même si on ne veut pas l'autre. Quand le malade veut et en même temps ne veut pas recouvrer la santé³⁹⁶, comme c'est le cas des malades névrosés de Freud (mais aussi d'une manière plus large, dans nombre de conditions chroniques qui érodent certes la vie, mais sont compatibles avec une grande variété de formes de vie), quand « la maladie peut être utilisée comme protection pour pallier une déficience dans sa profession et dans la concurrence avec d'autres, dans la famille comme moyen de contraindre les autres à des sacrifices et à des preuves d'amour, ou de leur imposer sa volonté »³⁹⁷, que peut vouloir dire « soigner la personne comme elle l'entend » ? La normativité singulière du malade peut être une normativité « pathologique » : question délicate, sur laquelle nous ne cessons de buter en pratique³⁹⁸. La boussole en la matière relève peut être davantage du registre érotique que du conflit de principes (autonomie et bienfaisance). La question du transfert concerne aussi le médecin.

Je me suis trouvé naguère en face d'Aglaé, une jeune femme qui affichait dans une indifférence tranquille un très petit poids, mais qui était prête à des investigations poussées pour des anomalies hématologiques. Alors que je m'apprêtais à engager leur exploration en pratiquant une ponction de la moelle osseuse, la vérification clinique qui en était le prélude m'oblige à considérer ce corps presque enfantin, gracile, léger. J'en suis ému par une sorte de bouffée d'affection protectrice, qui agit comme un signal ambivalent : cette vulnérabilité objective appelle une réponse, mais de quelle nature ? Toute personne anorexique suscite cette ambivalence me semble-t-il. Car de demande ici, il n'y a nul autre indice que sa présence à la consultation, et encore, pour un tout autre motif. Alors, engager le dialogue sur cette autre voie, n'est-ce pas lui faire violence, aller au-devant d'une demande non formulée, voire même refusée ? Je ne la ménage pas dans mes questions, mais m'interroge ensuite sur la pertinence de mon attitude. Un écho par mail me parvient le lendemain : « Cher Professeur, Permettez moi de vous adresser quelques mots de remerciements pour votre disponibilité, votre soutien et votre humanité. J'en ai retiré un réel apaisement et une grande confiance ». Cette réponse me laisse songeur. Est-elle ironique ? Sinon, dois-je comprendre que ma crainte d'apparaître violent dans mes questions en a atténué la portée réelle, et qu'elle ait pu se sentir confortée dans

³⁹⁴ Ibid., p.213, séance du 10 juin 1964.

³⁹⁵ Nous verrons cela un peu plus loin avec la figure du *therapôn*.

³⁹⁶ FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », op.cit., p.45.

³⁹⁷ Ibid., p.47.

³⁹⁸ C'est un des points soulevés par Elodie Giroux à propos de Canguilhem : si « le malade se trouve remis au coeur de la médecine », « une relativisation aussi forte de la maladie à l'individu et à son expérience singulière est-elle tenable ? » GIROUX Elodie, *Après Canguilhem. Définir la santé et la maladie*, Paris, Presses Universitaires de France, « Philosophies », 2010, p.33-34.

son anorexie alors même que j’imaginai provoquer un questionnement dérangeant ? La question, les questions du médecin adressées au malade, ont à avoir avec ce que nous désirons comme médecin³⁹⁹.

B.1 LE TRANSFERT CHEZ FREUD (POUR LA MEDECINE)

On trouve dans l’œuvre de Freud un ensemble de notations plus ou moins développées sur le transfert (en allemand *Übertragung*, terme qui suggère un mouvement : déplacement⁴⁰⁰, translation, traduction, transmission, contagion, projection, etc.). Nous ne les présenterons pas dans leur exhaustivité, ayant à cœur d’en extraire ce qui vient interroger ou éclairer la pratique médicale. Guy le Gaufey fait remarquer que

« Freud a parlé aussi bien des transferts que du transfert : le pluriel renvoie à une opération élémentaire par laquelle une représentation inconsciente (Ics) se fait représenter (moyennant condensation, déplacement, etc.) par une représentation préconsciente (Pcs) ; le singulier désigne le lien qui se trame dans la cure entre le patient et l’analyste »⁴⁰¹.

1.1. Le transfert, un phénomène universel

L’importation que nous effectuons dans le champ de la médecine n’est pas illégitime : non seulement la psychanalyse était à ses débuts une pratique de médecins, mais encore et avant tout le transfert est un « phénomène universellement humain », qui « décide de la réussite de toute influence médicale », et qui « domine même d’une manière générale les relations d’un individu à son entourage humain ». En particulier, c’est aussi le « facteur dynamique de la suggestibilité », laquelle est le vecteur du rapport qui s’instaure dans l’hypnose⁴⁰². Quand il manque (démence précoce) ou qu’il est surtout négatif (paranoïa), la possibilité d’une influence psychique sur le malade est supprimée⁴⁰³. Assoun fait remarquer que quand Freud évoque le transfert, il évoque toujours « la personne du médecin ». Le transfert est dirigé sur la personne du médecin⁴⁰⁴ : ceci signifie à la fois que la « relation médicale est foncièrement transférentielle », et que « la relation transférentielle est en quelque manière "médicale" », que le « transfert est inhérent à la relation de "soins" »⁴⁰⁵.

Ce phénomène est spontané, et ne nécessite aucune intervention du médecin⁴⁰⁶. Cette relation peut donc être positive ou négative, et traverse toute une gamme d’intensités. Selon le

³⁹⁹ LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 19 avril 1961.

⁴⁰⁰ Par exemple, un déplacement d’affects. Ce déplacement est notamment temporel, dans la mesure où le patient « revit [dans son comportement transférentiel] des relations affectives issues de ses investissements d’objet les plus précoces, dans la période refoulée de son enfance » [FREUD Sigmund, *Sigmund Freud présenté par lui-même*, (1925) trad. F. Cambon, Paris, Seuil, « Folio Essais », 1984, p.72]. A quoi on peut ajouter que les affects actualisés sont déplacés...

⁴⁰¹ LE GAUFEY Guy, « De la réalité du fantasme », Séminaire inédit, 1984. URL : www.legaufey.fr/.

⁴⁰² FREUD Sigmund, *Sigmund Freud présenté par lui-même*, op.cit., p.71 (pour les lignes qui précèdent).

⁴⁰³ Lacan propose un autre repérage sémantique : « le transfert positif, c’est quand on a l’analyste à la bonne – négatif, on l’a à l’œil ». LACAN Jacques, *Les quatre concepts...*, op.cit., p.114, séance du 15 avril 1964.

⁴⁰⁴ Dire que le transfert est dirigé sur la personne du médecin peut être rapproché de ce que dit Lacan de la demande d’amour qui vise l’être de l’autre. LACAN Jacques, *Les formations de l’inconscient*, op.cit., séance du 21 mai 1958.

⁴⁰⁵ ASSOUN Paul Laurent, *Leçons psychanalytiques sur le transfert*, op.cit., p.8.

⁴⁰⁶ FREUD Sigmund, *Sigmund Freud présenté par lui-même*, op.cit., p.70.

cas, c'est un moteur ou un frein pour l'avancée de la cure. Dans l'analyse, le transfert « prend la place du désir de guérir, et devient, tant qu'il est tendre et modéré, le support de l'influence médicale et le ressort véritable du travail analytique commun »⁴⁰⁷.

Pour Freud, la mise au travail suppose un crédit, une croyance à l'analyste, qui est facilitée parce qu'il acquiert « à l'égard de la personne de l'analyste, une position de sentiment particulière »⁴⁰⁸. Cette créance mise au compte de l'analyste facilite l'influence de ce dernier, influence à manier avec adresse, car elle ne doit pas agir pour la répression des symptômes, mais permettre au malade de surmonter ses résistances⁴⁰⁹. De plus, il ne s'agit pas non plus de « conseiller et guider dans les circonstances de la vie », de jouer le « rôle de mentor », « au profit de la morale sociale », car le seul désir de l'analyste est « celui de voir le malade prendre lui-même ses décisions »⁴¹⁰.

Si par contre, le transfert devient passionnel ou hostile, ou encore « positif mais comportant beaucoup d'éléments érotiques refoulés », il constitue « l'outil principal de la résistance », il « paralyse l'activité associative du patient », et compromet la réussite du traitement⁴¹¹.

Le transfert est non seulement spontané, il est aussi inévitable⁴¹². Freud rapporte ce trait aux tribulations de l'amour. En effet, chaque individu a une manière personnelle, déterminée (nature et faits infantiles), de vivre sa vie amoureuse : sa façon d'aimer est soumise à conditions, il y satisfait certaines pulsions, se pose certains buts. Cette manière d'aimer (qui forme un ou plusieurs clichés) se répète au cours de l'existence, et parmi les émois qui la déterminent, certains se développent pleinement et sont à disposition de la personnalité consciente, d'autres sont éloignés de la conscience comme de la réalité et soit peuvent s'épanouir en fantasmes, soit restent enfouis dans l'inconscient. Tout nouveau personnage qui entre dans la vie d'un individu auquel la réalité n'apporte pas la satisfaction entière de son besoin d'amour éveille un certain espoir libidinal⁴¹³. Mais cet éveil a lieu tout particulièrement et inévitablement dans la situation médicale (et pas seulement chez le psychanalyste), car celle-ci s'inaugure par ceci « qu'un sujet communique à un autre 'ses plaintes et ses symptômes' » dans l'intimité d'un huis clos. Inévitable, le transfert est pourtant aussi une condition de possibilité pour que le patient puisse dire ce qui l'anime intimement⁴¹⁴.

Un malade consulte. Ses dernières semaines ont été très éprouvantes. En face de lui, un médecin prend le temps de l'écouter, manifeste son intérêt, témoigne de sa présence bienveillante. Déclenchement du transfert, dont on n'ignorera pas le parallèle avec l'état

⁴⁰⁷ Ibid., p.71.

⁴⁰⁸ FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », op.cit. p.50.

⁴⁰⁹ Ibidem.

⁴¹⁰ FREUD Sigmund, *Introduction à la psychanalyse*, op.cit., p.416 (Leçon 27 sur le transfert) : « conscients de notre responsabilité, nous agissons avec toutes les précautions nécessaires ».

⁴¹¹ FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », op.cit., p.50.

⁴¹² FREUD Sigmund, « La dynamique du transfert », *La technique psychanalytique*, trad. Anne Berman, Paris, Presses Universitaires de France, 9^e édition, 1989, p.50-60.

⁴¹³ Ibid., p.51.

⁴¹⁴ Le transfert est pratiquement inévitable « dès lors qu'il y a huis clos et qu'un sujet communique à un autre 'ses plaintes et ses symptômes' ». Mais aussi, « les renseignements dont l'analyste a besoin » supposent le transfert, et l'absence de tiers, pour pouvoir dire ce qui concerne le plus intime de sa vie psychique (FREUD Sigmund, *Introduction à la psychanalyse*, op.cit., p.8).

amoureux : dans les deux situations, c'est « quelque chose de neuf qui arrive entre deux sujets »⁴¹⁵. Non seulement un sentiment, mais un événement⁴¹⁶.

Je suggère, à partir d'autres notations freudiennes, l'idée suivante. Un autre facteur encore peut concourir à l'éveil du transfert dans la situation médicale : la maladie fait (souvent) obstacle à l'amour (elle met la *libido* à l'amende et rend peu aimable). Or c'est pour une raison de maladie que le patient vient consulter. Il est précisément en mal d'amour, et voilà qu'il le rencontre. Ce qui affecte le sujet *a minima* dans des épisodes de maladie aiguë ou bénigne gagne une pleine visibilité dans le « malheur de la vie » qu'est la maladie grave, ou la maladie chronique, et qui impose un renoncement réel à l'amour, renoncement qui s'ajoute aux autres obstacles énumérés par Freud : difficultés d'ordre héréditaire, influence des événements de la première enfance, limitations morales imposées par la société. Chez tout individu existe « un conflit opiniâtre entre la tendance libidineuse et le refoulement sexuel » ; chez le névrosé l'ascèse l'emporte, la tendance sexuelle « se dédommage à l'aide de symptômes », mais la lutte se passe entre des forces dont certaines restent inconscientes⁴¹⁷.

Il est alors normal et compréhensible, nous dit Freud, que cet investissement libidinal « en état d'attente », « se porte sur la personne du médecin »⁴¹⁸, suivant des images paternelles, maternelles ou fraternelles⁴¹⁹. Et pourtant, il « dépasse la mesure » par son caractère et son intensité, et ne peut s'expliquer par aucune des circonstances réelles⁴²⁰. Ce caractère excessif du transfert tient au fait qu'il n'est pas seulement dû aux « idées et aux espoirs conscients du patient, mais aussi à tout ce qui a été réprimé et est devenu inconscient »⁴²¹. S'instaure donc une

« relation affective intense du patient à la personne de l'analyste, qui est de nature positive ou négative, [et] va de l'état amoureux passionnel, pleinement sensuel, jusqu'à l'expression extrême de la révolte, de l'exaspération et de la haine »⁴²².

Dans le journal de son analyse avec Freud, Anna G. rapporte des propos qu'elle lui a tenus :

« Alors qu'il était aussi déjà passablement âgé, Goethe voulut épouser une jeune fille. Avant je pensais que bien sûr elle n'avait pas voulu, mais à présent je comprends fort bien qu'on puisse épouser quelqu'un de plus âgé⁴²³. Cela signifie donc que je voudrais éventuellement vous épouser, je vous aime déjà beaucoup »⁴²⁴. Et le lendemain : « Je vous

⁴¹⁵ ASSOUN Paul Laurent, *Leçons psychanalytiques sur le transfert*, op.cit., p.9.

⁴¹⁶ Cette dimension de l'événement est particulièrement sensible dans le récit de Marie Sey, qui fait une très large place à sa relation avec « le médecin de ma vie, l'homme qui a su m'enlacer dans une valse d'émotions fusionnelles... ». SEY Marie, *Le malaise d'Hippocrate...*, op.cit., p.88.

⁴¹⁷ FREUD Sigmund, *Introduction à la psychanalyse*, op.cit., p.410 (Leçon 27 sur le transfert).

⁴¹⁸ La même expression est reprise par Freud dans l'Introduction à la psychanalyse: « le malade, qui ne devrait pas chercher autre chose qu'une issue à ses conflits douloureux, manifeste un intérêt particulier pour la personne de son médecin ». [FREUD Sigmund, *Introduction à la psychanalyse*, op.cit., p.416 (Leçon 27 sur le transfert).

⁴¹⁹ FREUD Sigmund, « La dynamique du transfert », art.cit., p.52.

⁴²⁰ FREUD Sigmund, *Sigmund Freud présenté par lui-même*, op.cit., p.70.

⁴²¹ FREUD Sigmund, « La dynamique du transfert », art.cit., p.52.

⁴²² FREUD Sigmund, *Sigmund Freud présenté par lui-même*, op.cit., p.70.

⁴²³ Anna G. avait alors 27 ans, et Freud 65.

⁴²⁴ G. Anna, *Mon analyse avec le professeur Freud*, Anna KOELLREUTER (dir), trad. JC Capèle, Paris, Aubier, 2010, p.61. Freud ne répond pas qu'il l'aime bien, ou qu'elle se trompe, mais « il s'agit là du transfert sur moi de l'ancien amour et du sentiment amoureux que vous éprouviez autrefois à l'égard de votre père. La déception, la jalousie douloureuse, etc. viendront alors elles aussi ».

aime d'une façon si indescriptible, comme jamais auparavant je n'ai aimé quelqu'un, me semble-t-il »⁴²⁵.

Dans le transfert positif, on distingue des sentiments amicaux ou tendres, capables de devenir conscients, et d'autres dont les prolongements se trouvent dans l'inconscient et ont un fondement érotique. En fait,

« tous les rapports d'ordre sentimental utilisables dans la vie, tels que ceux où se marquent la sympathie, l'amitié, la confiance, etc., sont génétiquement apparentés à la sexualité et émanent, par effacement du but sexuel, de désirs vraiment sexuels, quelque innocents et dénués de sensualité qu'ils apparaissent à notre perception consciente. Originellement nous n'avons connu que des objets sexuels; la psychanalyse nous montre que des gens que nous croyons seulement respecter, estimer, peuvent, pour notre inconscient, continuer à être des objets sexuels »⁴²⁶.

Faut-il rappeler ici que le sexuel n'est pas réduit au génital, et que la pulsion sexuelle n'est pas identique à un « instinct sexuel » au sens biologique du terme, si tant est qu'il existe ? Soulignons que la perspective freudienne fait de l'amour une donnée universelle de la condition humaine, et non un attribut secondaire, ce qu'il est pour le sujet cartésien.

Si on peut facilement admettre qu'un patient soit animé d'un sentiment « positif » (conscient) envers son médecin, et que cette disposition tendre s'inverse à l'occasion d'une déception (consciente aussi : le médecin a été moins attentif, ou n'a pas accédé à une requête, etc.), il est plus difficile de comprendre les intensités plus fortes, d'autant qu'elles sont généralement plus discrètes dans l'espace de la consultation médicale qu'au cours d'une cure analytique (ne serait-ce qu'à cause de la temporalité particulière des rencontres⁴²⁷). Aussi le lien entre motions affectives du transfert (banales en médecine) et énamoration véritable passe généralement inaperçu.

Universel, spontané, inévitable, le transfert est aussi un phénomène normal, quoique exagéré. La « faculté de transférer l'énergie libidinale sur des personnes doit être reconnue à tout homme normal » et la tendance au transfert n'est qu'une exagération de cette faculté générale⁴²⁸. Voilà un des éclairages qu'apporte la psychanalyse sur le lien social, et sur la relation médicale en particulier. Le transfert est plus important que l'autorité qui résulte des compétences certifiées :

« Le malade a coutume de conférer l'autorité en fonction de son transfert de sentiments et la possession d'un diplôme médical est loin de lui en imposer autant que ne le croit le médecin »⁴²⁹.

La sympathie, la confiance, mais aussi l'estime et le respect, ont un lien avec *erôs*, quand bien même, en-dehors du traitement analytique, le transfert érotique ne comporte pas d'effets aussi gênants⁴³⁰ car il ne se trouve pas mis au jour mais recouvert d'un voile. Toutefois, le

⁴²⁵ Ibid., p.62.

⁴²⁶ FREUD Sigmund, « La dynamique du transfert », art.cit., p.57.

⁴²⁷ FREUD Sigmund, *Introduction à la psychanalyse*, op.cit., p.409 (Leçon 27 sur le transfert) : « C'est que notre thérapeutique est une thérapeutique de longue haleine, une thérapeutique dont les effets sont excessivement lents à se produire. »

⁴²⁸ Ibid., p.423.

⁴²⁹ FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », op.cit., p.84.

⁴³⁰ FREUD Sigmund, « La dynamique du transfert », art.cit., p.58.

transfert positif peut se manifester aussi sous forme d'une résistance à la guérison : ceci permet à la fois de maintenir le contact avec le médecin et de rester éloigné de la vie réelle, à laquelle il faudrait faire retour après la guérison. A l'inverse, certaines réactions thérapeutiques négatives (par exemple, ces malades qui ne supportent aucun des médicaments prescrits) sont peut-être à interroger à l'aune de l'étendue du transfert jusque dans sa dimension inconsciente.

La temporalité longue de la cure analytique et le rôle clé du transfert qui y opère expliquent ses aléas, et le côté provisoire du transfert positif initial. Voici comment Freud évoque les débuts du traitement. Quand « le malade, qui ne devrait pas chercher autre chose qu'une issue à ses conflits douloureux, manifeste un intérêt particulier pour la personne de son médecin », les « rapports qui s'établissent entre le médecin et le malade sont pendant quelque temps très agréables »⁴³¹. Le malade se montre prévenant, témoigne sa reconnaissance, inspire une opinion favorable au médecin, « et celui-ci bénit le hasard qui lui a fourni l'occasion de venir en aide à une personnalité particulièrement remarquable », laquelle, de son côté, ne tarit pas d'éloges sur le médecin dans des propos tenus aux proches⁴³². C'est la lune de miel du transfert positif, mais ça ne dure pas. La temporalité plus brève de la clinique médicale (même quand le « suivi » d'un malade s'effectue sur la longue durée, le rythme des consultations est beaucoup moins soutenu que dans la cure analytique), rend compte probablement de la possibilité d'un transfert positif durable, d'une lune de miel qui, d'être fragmentée, peut durer. C'est ce que les médecins appellent généralement une « bonne » relation au malade. L'échange de bons procédés décrit par Freud (une aide contre des honneurs) n'est pas sans rappeler les notations d'Aristote sur la *philia* en conditions asymétriques.

Toutefois, et la différence mérite qu'on s'y attarde, car sa méconnaissance est source de confusion (côté malade et côté médecin), le transfert n'a pas son explication dans les relations réelles, n'a pas son véritable ressort dans les qualités concrètes du médecin. Le transfert se porte sur la personne du médecin, vise son être, mais c'est un amour transféré, déplacé. Ce n'est donc pas la même chose qu'une psychologie de la relation. Peut-être est-il d'autant plus possible d'ignorer le transfert (sa force, ses déterminations, ses pièges) qu'on insistera sur la relation médecin-malade dans sa présentation objective, et sur la communication en particulier. Faire l'économie du transfert, c'est en fait méconnaître son omniprésence⁴³³, avec le risque de basculer dans la suggestion pure, et d'exercer une influence dont la méconnaissance des ressorts accroît le risque d'une sujétion⁴³⁴. Combien de succès de certaines thérapies alternatives sont-ils réellement imputables à l'efficacité intrinsèque de la médication prescrite ? Mais aussi, pour la médecine « orthodoxe », combien de méprise sur l'efficacité de certaines molécules, alors qu'il s'agit aussi de suggestion ?

Bien entendu, la suggestion joue un rôle en médecine, rôle qui n'est pas que négatif d'ailleurs, et c'est pourquoi il est particulièrement important d'être prudent dans son

⁴³¹ FREUD Sigmund, *Introduction à la psychanalyse*, op.cit., Leçon 27 sur le transfert, p.416-7.

⁴³² Ibid., p. 417.

⁴³³ Cette omniprésence ne doit pas pour autant amener à « estimer comme un transfert toute bonne relation entre analyste et analysé, pendant et après l'analyse ». FREUD Sigmund, « L'analyse avec fin et l'analyse sans fin » (1937), in : *Résultats, Idées, Problèmes, II*, Paris, Presses Universitaires de France, 1992, p.237.

⁴³⁴ Assoun évoque une « haine larvée du transfert », qui motive le retour à l'hypnose. ASSOUN Paul Laurent, *Leçons psychanalytiques sur le transfert*, op.cit., p.15.

maniement. Car il s'agit, pour l'éthique de cette érotique transférentielle, de conduire le traitement, pas le patient. Et certaines circonstances sont très propices aux effets de suggestion, notamment chaque fois que le malade sollicite le médecin dans un rôle de guide et de conseiller⁴³⁵. Il ne s'agit pas pour autant d'adopter le mutisme, mais de bien considérer la position dans laquelle nous sommes placés du fait du transfert. C'est d'autant plus important qu'en médecine le transfert ne devient généralement jamais l'objet de la consultation, qu'il est « recouvert d'un voile ».

Gisèle avait été vue en consultation il y a plusieurs années. Elle rapportait deux plaintes, l'une ancienne, l'autre récente. La dernière concernait des phénomènes d'œdèmes périodiques, n'étaient pas constatables au moment de la consultation, et les causes habituelles avaient été écartées par les analyses préalables effectuées par le médecin traitant. L'autre problème se manifestait depuis la jeunesse : pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines, elle se trouvait dans un état bizarre, marqué par des difficultés d'attention et de concentration, de la fatigue, une sorte d'apraxie dans la prise de décision, un sommeil agité et peu réparateur. Les symptômes étaient plus marqués en début de journée. Ces phases survenaient assez brutalement, du jour au lendemain, et s'estompaient progressivement. Au moment de la consultation, elle n'était pas dans une période symptomatique, l'examen neurologique était normal, et la récurrence de ces phénomènes de résolution spontanée depuis de nombreuses années n'inspirait pas d'inquiétude particulière. Je lui avais proposé qu'elle soit revue en phase « floride », si cela se reproduisait. Trois années plus tard, elle se signale par une demande de rendez-vous. Je laisse le billet rédigé par ma secrétaire pendant quelques jours sur mon bureau, puis, compte tenu de ce que je savais, je la contacte par téléphone et la reçois rapidement. Depuis trois semaines, elle se trouvait à nouveau dans cet état, sans pouvoir identifier un quelconque facteur déclenchant. Le seul « événement » mentionné en réponse à ma question est récusé comme pouvant être une cause possible : « la veille, je dirigeais une réunion, tout s'est bien passé ». La manière dont elle évoque ses symptômes m'évoque ce que rapportent certains voyageurs transcontinentaux : des nuits éveillées et la sensation de dormir debout en journée. Nous passons presque une heure à discuter, l'examen physique est normal. Par analogie avec le *jet lag*, je lui propose un peu de mélatonine à prendre le soir, tout en écartant l'éventualité d'un problème cérébral. J'évoque par contre des ressorts subjectifs dont elle n'a peut-être pas conscience. Elle m'écrit quelques jours plus tard pour rendre compte du succès spectaculaire de la médication et me faire part de ses remerciements d'avoir pris la peine de lui téléphoner, de la recevoir rapidement et de lui avoir consacré du temps.

Cette anecdote ne mérite probablement guère d'attentions particulières. Je la relate néanmoins pour souligner la pluralité de lectures possibles d'un succès thérapeutique⁴³⁶.

– il existe des perturbations chronobiologiques qui échappent aux examens usuels et le raisonnement analogique a conduit par sérendipité à déterminer une médication qui procure un traitement sinon étiologique, du moins bien ajusté au processus physiopathologique à l'origine des symptômes. Si les phases symptomatiques se renouvellent, la prise précoce de mélatonine devrait permettre leur résolution rapide.

⁴³⁵ Parfois le médecin endosse ce rôle sans que le malade lui ait rien demandé ! Ces situations s'analysent aussi en fonction du transfert, même s'il est plus habituel de les considérer sur le seul plan de la domination et du paternalisme.

⁴³⁶ Dans une temporalité aussi brève, il n'est pas possible de faire la part des choses entre ces différentes hypothèses.

– la guérison était spontanée car le phénomène a toujours été transitoire. Ni la consultation ni la médication n'ont agi, mais la faute de raisonnement est classique et répandue (*post hoc ergo propter hoc*). Si les symptômes se renouvellent, la prise précoce de mélatonine ne procurera aucun bénéfice, sauf nouvelle coïncidence heureuse.

– la patiente est suggestible et le médecin persuasif a actionné un levier de suggestion qui rend compte de l'effet placebo de la mélatonine. Si les symptômes se renouvellent, la prise précoce de mélatonine pourra procurer un bénéfice à la condition que la suggestion soit toujours opérante malgré le temps écoulé. Eventuellement, une nouvelle consultation rapide sera sollicitée, pour éprouver un « m'aime-t-il encore ? »

– un élément du dialogue a eu un effet interprétatif dont le médecin est resté ignorant. Sans le savoir il a actionné « le bon levier ». Si les symptômes se renouvellent, une nouvelle consultation sera demandée après échec de la mélatonine, mais la réussite ayant été fortuite, rien ne peut être pronostiqué.

– la consultation proposée était le respect d'un engagement passé trois ans auparavant. La patiente a été sensible au don de la présence plus qu'à la prescription anodine. L'amour est tu, mais le signe d'amour était « d'avoir pris la peine de lui téléphoner, de la recevoir rapidement et de lui avoir consacré du temps ». L'écoute a permis une prise de parole. L'amour a été l'agent thérapeutique actif, à l'insu du thérapeute (animé par un désir de comprendre les ressorts de la situation), et à l'insu de la malade (qui l'attribue à la réponse au besoin de soin que manifeste l'ordonnance miraculeuse). La mélatonine est le symbole de cet amour. Le succès thérapeutique en est l'accusé de réception.

– Le succès manifeste une résistance, car la résolution des symptômes évite à Gisèle de poursuivre l'enquête vers leurs déterminants psychiques. L'échange de bons procédés de la *philia* (une consultation, des honneurs) permet d'en rester là. Une analyse plus approfondie est écartée. Si les symptômes se renouvellent, une nouvelle consultation sera-t-elle demandée après échec de la mélatonine, ou au contraire évitée par son succès renouvelé ?

Nous retenons de ce premier détour freudien deux affirmations pour la médecine : le transfert est inhérent à la relation médicale, et il implique l'amour.

On pourrait bien sûr y arriver aussi par d'autres voies, qui seraient peut-être plus aisément acceptables (?). Ni l'indifférence ni l'insensibilité ne sont attendues du médecin. Or, ces deux termes s'opposent au couple de l'amour et de la haine⁴³⁷, et cette dernière non plus n'est pas recommandable. Reste donc l'amour... Il convient d'examiner de plus près les notations freudiennes à ce sujet.

⁴³⁷ FREUD Sigmund, « Pulsions et destins des pulsions », in *Métapsychologie* (1915), trad. J. Laplanche et JB Pontalis, Paris, Gallimard, « Folio essais », 1968, p.34.

1.2. Transfert et énamoration

Les motions affectives qui animent le patient peuvent être très intenses. C'est d'ailleurs sous la forme d'un récit de cas hors du commun que Freud évoque pour la première fois l'amour de transfert⁴³⁸. Comme le souligne Conrad Stein,

« il s'agissait d'éclairer le débutant sur la conduite à tenir en présence d'une patiente qui, ayant "soudain perdu son entendement et son intérêt pour le traitement", tout entière sous l'emprise "de la partie animale de son moi", n'a plus d'autre souci que de se livrer à un combat acharné pour obtenir de la part de son psychanalyste la satisfaction de ses "tempétueuses exigences d'amour" »⁴³⁹.

Ultérieurement, la notion d'*amour de transfert* connaîtra une extension bien au-delà de cette situation inhabituelle, qui ressemble davantage à une scène de drague outrancière qu'à une histoire d'amour. Mais Freud reconnaît que la relation de sentiment pour le médecin est de la nature d'un état amoureux, et que c'est inattendu car il ne fait rien pour le provoquer⁴⁴⁰. Ce qui est attendu en effet est plus commun :

« On pourrait estimer que, du rapport du patient à l'analyste, il ne devrait résulter tout au plus pour le premier qu'une certaine dose de respect, de confiance, de gratitude et de sympathie humaine. Au lieu de cela, voilà cet état amoureux qui donne même l'impression d'une manifestation morbide »⁴⁴¹.

Lacan accentuera ce constat freudien : « quelquefois dès avant que l'analyse commence, l'analysé se produit à lui-même l'analyste comme un objet d'amour caractérisé »⁴⁴².

Contrairement à ce qui se passe généralement en médecine, cet état amoureux peut même se substituer à la névrose initiale, et devenir alors l'objet même de l'analyse, car il *reproduit*, au lieu de *remémorer*, « le noyau de son histoire de vie intime »⁴⁴³. Lacan précisera que « c'est de l'amour qui s'adresse au savoir »⁴⁴⁴, une forme d'amour qui « se donne un partenaire qui a chance de répondre »⁴⁴⁵. « La raison de l'amour transférentiel, c'est que l'analyste est supposé savoir »⁴⁴⁶.

Est-ce un véritable amour? Rien ne le justifie dans la réalité, c'est un ensemble de clichés du passé et de réactions infantiles, une réédition de faits anciens, une répétition des réactions infantiles, un « état amoureux expérimental, provisoire, artificiel ou artificieux »⁴⁴⁷. Mais ceci n'est pas spécifique au transfert, pour Freud c'est « le propre de tout amour, et il n'en existe pas

⁴³⁸ FREUD Sigmund, « Observations sur l'amour de transfert » (1915), In : *La technique psychanalytique*, trad. Anne Berman, Paris, Presses Universitaires de France, 9^e édition, 1989, p. 116-130.

⁴³⁹ STEIN Conrad, « À propos de l'amour de transfert. Revendication érotique génitale, détresse d'enfant », *Imaginaire & Inconscient* 2001/2 ; 2 : 71-7.

⁴⁴⁰ FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », op.cit., p.50-51.

⁴⁴¹ Ibid., p.51.

⁴⁴² LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 8 mars 1961.

⁴⁴³ FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », op.cit., p.51.

⁴⁴⁴ Jean Allouch précise qu'il ne s'agit pas « d'un savoir qui vaudrait par son contenu, voire qui se saurait lui-même, mais d'une supposition de savoir, de la supposition d'un sujet à ce savoir supposé. Tel serait donc l'objet susceptible de susciter l'amour ». ALLOUCH Jean, *L'amour Lacan*, op.cit., p.41.

⁴⁴⁵ LACAN Jacques, « Introduction à l'édition allemande d'un premier volume des Écrits », *Scilicet* 1975 ;5 : 11-7.

⁴⁴⁶ LACAN Jacques, « Alla Scuola Freudiana », *Lacan in Italia 1953-1978. En Italie Lacan*, Milan, La Salamandra, 1978, p. 104-47.

⁴⁴⁷ PERRIER François, « Séminaire sur l'amour », *La chaussée d'Antin*, Paris, Bibliothèque Albin Michel, p.351.

qui n'ait son prototype dans l'enfance »⁴⁴⁸. Du point de vue de son efficacité, l'amour de transfert tient la comparaison avec d'autres amours. Il a donc le caractère d'un amour véritable. Il a cependant ses traits propres, qui en font un amour à part : il est provoqué par la situation analytique, intensifié par la résistance, et moins connecté à la réalité. Le premier de ces traits est importants, car

« c'est le médecin, qui en entreprenant le traitement dans le but de guérir la névrose, a déclenché cet amour. C'est là pour lui l'inévitable conséquence d'une situation médicale, comme le seraient la mise à nu du corps d'un malade ou la révélation de quelque secret vital »⁴⁴⁹.

On peut alors légitimement supposer que ces conséquences inévitables de la situation médicale (mise à nu du corps, révélation de secrets vitaux, et amour de transfert) façonnent une configuration qui peut s'avérer délicate pour les deux protagonistes. Car on ne saurait, même si c'est complètement inhibé quant au but, ignorer qu'en examinant, palpant, auscultant un corps dénudé et allongé, on ranime des associations, des complexes, des configurations érotiques (ne serait-ce que la situation initiale des soins maternels au nourrisson en *Hilflosigkeit*).

1.3. Répondre à l'amour de transfert. Précautions freudiennes.

Freud estime que lorsqu'une patiente s'éprend de son médecin, ce dernier envisage deux solutions possibles⁴⁵⁰ : une union durable et légitime (c'est rare), ou plus fréquemment une séparation et l'abandon de la tâche entreprise ; on pourrait imaginer poursuivre le traitement tout en ayant une liaison passagère, mais cette option est rendue impossible « par la morale bourgeoise et la dignité médicale »⁴⁵¹.

Le psychanalyste selon Freud envisage les choses sous un autre angle, car il sait que le transfert est répétition⁴⁵², et se méfie du contre-transfert possible, il considère que l'amour est déterminé par la situation analytique et non par ses qualités personnelles. C'est pourquoi, dit Fédida, « l'analyste ne peut laisser le patient confondre le transfert avec une dépendance de nature hypnotique à la personne du médecin et qu'il lui ouvre la voie à sa résolution »⁴⁵³. S'il constate que l'amour prend de la place au lieu de l'investigation analytique⁴⁵⁴, il sait qu'il s'agit d'une manifestation de résistance. Aussi Freud conseille aux analystes :

– de ne jamais agréer la tendresse qu'on lui offre, ni y répondre. Ce n'est pas une affaire de morale, mais de technique. S'il ne convient pas de priver les malades de tout ce dont ils peuvent avoir envie, il faut laisser subsister besoins et désirs, car ce sont des forces motrices pour le changement et il ne faut pas les diminuer par des succédanés de satisfaction⁴⁵⁵. « Si les

⁴⁴⁸ FREUD Sigmund, « Observations sur l'amour de transfert », op.cit., p.127.

⁴⁴⁹ Ibid., p.127-128.

⁴⁵⁰ Allouch souligne l'effet comique de ces propos freudiens (ALLOUCH Jean, *L'amour Lacan*, op.cit., p.53).

⁴⁵¹ FREUD Sigmund, « Observations sur l'amour de transfert », op.cit., p. 117.

⁴⁵² Lacan contestera cette idée de répétition, car ce qui est supposé être répété n'a jamais eu lieu. (LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 1 mars 1960).

⁴⁵³ FEDIDA Pierre, *Crise et contre-transfert*, op.cit., p.71.

⁴⁵⁴ FREUD Sigmund, « Observations sur l'amour de transfert », op.cit., p. 116-130. Un certain nombre d'idées seront reprises dans « La question de l'analyse profane », op.cit., p.1-92.

⁴⁵⁵ Voilà pointée une différence avec la consultation médicale et la prescription d'une molécule anodine (voir la vignette clinique plus haut).

avances de la malade trouvaient un écho chez son médecin⁴⁵⁶, ce serait pour elle un grand triomphe, et un désastre pour le traitement »⁴⁵⁷. Les efforts insistants de la malade peuvent « briser l'autorité du médecin en abaissant celui-ci au niveau d'un aimé »⁴⁵⁸. Je suppose que Freud n'entend pas pour autant placer le médecin en position d'amant. Mais « abaisser le médecin au niveau d'un aimé » signifierait ici probablement que Freud ne confond pas ce qui a « le caractère d'un amour véritable » avec un amour véritable. Les deux se portent sur la personne-même du médecin, mais l'un est littéralement transféré. A lire Freud, on pourrait croire que les affects du patients s'adressent à un mauvais destinataire. Il serait alors d'autant plus facile pour le médecin de ne pas s'y laisser prendre. Mais en réalité, ce n'est pas aussi simple, et Lacan précisera ce point : « le transfert apparaît comme à proprement parler une source de fiction. Le sujet dans le transfert feint, fabrique, construit quelque chose », pour la personne à qui il s'adresse, mais sans le savoir.

« Donc ce n'est pas pour la personne à qui on s'adresse en tant qu'on le sait. Mais ça n'est pas parce que c'est le contraire, à savoir que c'est en tant qu'on ne le sait pas, qu'il faut croire que pour autant la personne à qui on s'adresse est là tout d'un coup volatilisée, évanouie »⁴⁵⁹.

– de ne pas se poser en champion de la pureté des mœurs et de la nécessité pour la malade de renoncer, car cela reviendrait à avoir amené au jour des pulsions refoulées pour en provoquer à nouveau le refoulement ; de plus les discours sublimes ont peu d'action sur les passions⁴⁶⁰.

– de ne pas adopter non plus la voie moyenne entre les deux précédentes, à savoir laisser entendre que les sentiments tendres sont partagés tout en évitant les manifestations physiques.

Freud justifie ces conseils par la visée qui est celle du médecin. Il ne faut jamais perdre de vue le but technique, qui est de « rétablir le malade dans sa faculté d'aimer ». « Quel que soit le prix qu'il attache à l'amour, il doit tenir davantage encore à utiliser l'occasion qui s'offre à lui d'aider sa patiente à traverser une des phases les plus décisives de sa vie »⁴⁶¹. A Binswanger il écrira que le problème du contre-transfert

« est un des plus difficiles de la technique psychanalytique. (...) Ce qu'on donne au patient ne doit jamais être un affect spontané, mais doit toujours être consciemment exprimé, en plus ou moins grande quantité selon les besoins. Dans certaines circonstances il faut donner beaucoup (...). Donner trop peu à quelqu'un parce qu'on l'aime trop, c'est faire du tort au malade, et c'est une faute technique. Tout cela n'est pas facile et peut-être faut-il un peu plus d'expérience »⁴⁶².

Ce que doit redouter le médecin comme pièges, ce ne sont pas tant les sollicitations charnelles grossières (elles appellent surtout à la tolérance puisqu'il s'agit de phénomènes

⁴⁵⁶ Freud envisage presque toujours cette configuration, la plus habituelle pour lui, d'un malade de sexe féminin et d'un médecin masculin.

⁴⁵⁷ FREUD Sigmund, « Observations sur l'amour de transfert », op.cit., p.123.

⁴⁵⁸ Ibid., p.120.

⁴⁵⁹ LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 1 mars 1961

⁴⁶⁰ FREUD Sigmund, « Observations sur l'amour de transfert », op.cit., p.123

⁴⁶¹ Ibid., p.129.

⁴⁶² FREUD Sigmund, BINSWANGER Ludwig, *Correspondance 1908-1938*, Paris, Calmann-Lévy, 1995, p.183.

naturels), mais les émois plus raffinés, qui pourraient faire oublier les lois de la technique et le devoir médical. Pour Jean Allouch « la réponse du psychanalyste alors proposée par Freud (ne pas ignorer le transfert amoureux, ne pas l'effaroucher ni en dégoûter le malade, et ne pas y répondre) relève de la sainteté »⁴⁶³. Ferenczi avoue à Freud que « cette répression permanente *doit* bien se solder par une perturbation, quand, après 10-12 heures de travail, on se retrouve, comme moi, si totalement solitaire et dépourvu de tout objet d'amour »⁴⁶⁴.

Freud ne manque pas d'insister sur la technique qui œuvre dans l'intérêt du patient, et entend remplacer « les décrets de la morale par les égards dus à la technique analytique »⁴⁶⁵. Et

« il ne profite guère au malade que, chez le médecin, l'intérêt thérapeutique soit marqué par d'un trop grand accent affectif. Le mieux pour lui est que le médecin travaille froidement et le plus correctement possible »⁴⁶⁶.

C'est le désir du thérapeute – pourrait-on dire car Freud n'emploie pas ce terme – qui ne doit pas s'encombrer d'affects, pour préserver au mieux l'intérêt du patient. Ailleurs il dira à Ferenczi : « L'exigence de véracité ne pêche-t-elle pas, par ailleurs, contre le postulat d'efficacité et contre les visées de l'amour ? » Des conflits entre le but de la science et le but de la vie peuvent survenir⁴⁶⁷. Nous reviendrons sur la question des affects dans le chapitre suivant.

Cette disposition technique du médecin contraste donc avec celle du malade, pour qui le transfert est un moteur du traitement, nous l'avons vu plus haut. Il l'était d'ailleurs également dans les « cures par suggestion », si on en croit par exemple Ferenczi, transmettant à Freud une lettre d'une « hystérique roumaine », guérie après seulement huit jours. Il commente ainsi : « Comment pouvions-nous être si aveugles et ne pas reconnaître que les patients ne guérissaient que "pour l'amour du médecin" ! »⁴⁶⁸ Côté médecin, pour tenir cette (dis)position, il faut prendre modèle sur le chirurgien, lequel laisse « de côté toute réaction affective et jusqu'à toute sympathie humaine pour ne poursuivre qu'un seul but : mener aussi habilement que possible son opération à bien »⁴⁶⁹. Nous ne pensons pas légitime d'en déduire – comme le propose par exemple Juan Pablo Lucchelli – que ce genre d'affirmation place Freud dans une « démarche scientifique qui écarte la subjectivité du savant »⁴⁷⁰. Au contraire, c'est parce que la subjectivité du médecin est puissamment sollicitée qu'il faut prendre garde de ne pas se tromper d'objectif.

Plus largement encore, il faut se garder de ses propres inclinations. « En obéissant à ses propres inclinations, le praticien falsifie tout ce qui lui est offert »⁴⁷¹. Car il trie trop vite le matériau fourni, il le trie « en fonction de ses attentes ou des tendances », courant ainsi le risque de ne trouver que ce qu'il savait d'avance. Mettre entre parenthèses sa subjectivité affective serait-il le pendant analytique de la mise entre parenthèses de l'objectivité de son savoir pour le somaticien ? A rebours de ce qui est habituel dans l'enquête diagnostique (quand elle paraît peu compliquée et/ou qu'elle doit être menée rapidement), à savoir une attention

⁴⁶³ ALLOUCH Jean, *L'amour Lacan*, op.cit., p.54.

⁴⁶⁴ FREUD Sigmund, FERENCZI Sandor, « *Correspondance Tome I, 1908-1914* », op.cit., p.168.

⁴⁶⁵ FREUD Sigmund, « Observations sur l'amour de transfert », op.cit.

⁴⁶⁶ FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane », op.cit., p.82.

⁴⁶⁷ FREUD Sigmund, FERENCZI Sandor, « *Correspondance Tome I, 1908-1914* », op.cit., p.133.

⁴⁶⁸ Ibid., p.45.

⁴⁶⁹ FREUD Sigmund, « Conseils aux médecins sur le traitement analytique », art.cit., p.65.

⁴⁷⁰ LUCHELLI Juan Pablo, *Le transfert, de Freud à Lacan*, Thèse de Psychologie, Université de Rennes 2, 2007, p.9.

⁴⁷¹ FREUD Sigmund, « Conseils aux médecins sur le traitement analytique », art.cit., p.62.

perceptive très tôt orientée par des proto-hypothèses générées dès l'entrée en matière du malade, ici, car les ressorts sont inconscients, il convient de prêter à tout ce qui est énoncé la même attention. La traduction par « attention flottante » de la *gleichschwebende Aufmerksamkeit* laisse de côté le préfixe *gleich*, égale. Son avantage évident d'éviter à l'analyste un trop grand effort d'attention n'en est pas le fondement : ce qui sera décisif pour l'analyse n'est pas toujours ce qui est rapporté avec le plus d'intensité dramatique, ou ce qui suscite le plus l'imagination de l'auditeur, ou encore ce qui éveille le plus d'affects chez l'auditeur, mais ce pourra être un détail qu'aurait négligé le profane (Cf. chapitres I et X). Dans un autre vocabulaire, on pourrait dire que l'attention doit pouvoir flotter entre le sens du message, le « vécu » rapporté, et la littéralité des signifiants employés dans le récit. Il importe de souligner à présent que c'est le même type de disposition du clinicien qui est approprié pour l'appréciation des symptômes physiques et pour celle des manifestations du transfert.

Poursuivons sur ces « Conseils aux médecins sur le traitement analytique ». « La froideur de sentiments » exigée s'explique par deux motifs qui concourent à en faire les conditions les plus avantageuses : « le médecin ménage ainsi ses propres émotions », et « les malades s'assurent la plus grande aide qu'il nous soit actuellement possible de leur donner ». Ainsi, il s'agit bien de motifs techniques, liés à la volonté/désir que le traitement soit couronné de succès. Ménager ses propres émotions, nous y reviendrons dans l'étude des affects (chapitre XII).

Freud rappelle aussi l'aphorisme de Ambroise Paré (je le pansai, Dieu le guérit) et estime que « l'analyste devrait se contenter de quelque chose d'analogue »⁴⁷². Ainsi la meilleure manière d'aboutir à la guérison est de ne pas la chercher activement, car on activerait aussitôt les résistances. Cela me fait penser à ce sujet récent de préoccupation qu'est « l'observance thérapeutique ». On l'appelle aussi la *compliance* du malade, sans s'aviser que le terme de compliance est un anglicisme qui signifie selon le contexte conformité, souplesse, distensibilité. Le défaut de compliance est bien, dans tous les sens du terme, la manifestation d'une *résistance*. A quoi le malade résiste-t-il ? A la longue liste de recommandations et prescriptions avec laquelle le malade ressort d'une consultation unique chez tel ou tel spécialiste ? Pour Freud, il s'agit d'autre chose, qu'on méconnaît généralement en médecine, à savoir l'attachement à la condition que représente la vie malade, malgré ses limitations (Cf. chapitre II).

Freud dit aussi de ne pas substituer sa propre censure à celle du patient, de ne pas mettre sa propre individualité en jeu (en lui faisant des confidences par exemple) pour ne pas jouer, par la technique affective, sur le seul terrain de la suggestion. « Il doit demeurer impénétrable »⁴⁷³. On verra plus loin à propos du *therapôn* les limites de ce conseil. Freud conseille également de ne pas jouer les éducateurs, de ne pas inciter les gens à sublimer leurs pulsions, de se montrer tolérant à l'égard de leurs faiblesses et « de se contenter de [leur] redonner certaines possibilités de travailler et de jouir de la vie »⁴⁷⁴.

Ces recommandations, qui prennent sens par rapport au « gouvernement des corps et des esprits » (chapitre VI), sont d'autant plus importantes que l'analyste ne peut nier l'influence

⁴⁷² Ibid., p.66.

⁴⁷³ Ibid., p.69.

⁴⁷⁴ Ibid., p.70.

qu'il exerce, dès lors qu'il est une personne incarnée, présente et parlante, même s'il n'est que par erreur le destinataire des manifestations libidinales de son patient⁴⁷⁵. Les paroles du médecin ont d'autant plus d'impact que le transfert est actif. Tout médecin le sait, et ce qu'on appelle communément l'effet placebo devrait être étudié sous cet angle avant tout.

Aussi le principe éthique est-il de refuser de justifier des guérisons obtenues par un effet « médiumnique » de la personne de l'analyste et des états de stabilité chronique qui supposent une aliénation transférentielle. Vouloir obtenir des succès par suggestion transférentielle est contradiction en acte pour la psychanalyse⁴⁷⁶.

C'est à cause de la puissance de la parole qu'il faut prendre garde aux effets de la suggestion. Aristote en était déjà pleinement averti :

« Ce serait une honte de ne pas savoir se défendre par la parole alors que la parole est le propre de l'homme, bien plus encore que le corps et l'usage qu'il en a ! C'est, dira-t-on, parce que celui qui use injustement d'un tel pouvoir de la parole pourrait causer d'immenses préjudices : mais c'est là une objection qu'on peut faire à toutes les qualités (...). En faire un juste usage pourrait être de très grand fruit, en faire un usage injuste pourrait causer les plus grands préjudices »⁴⁷⁷.

Lacan souligne cela dans son séminaire consacré au transfert :

« Et ce transfert (...) perméable à l'action de la parole (...) est lui-même placé en position de soutien de cette action de la parole. En même temps qu'on découvre le transfert on découvre que, si la parole porte comme elle a porté jusque-là avant qu'on s'en aperçoive, c'est parce qu'il y a là le transfert. (...) [Et] c'est de la position que lui donne le transfert que l'analyste analyse, interprète et intervient sur le transfert lui-même »⁴⁷⁸.

B.2 LE CONTRE-TRANSFERT ET LE DESIR DU MEDECIN, A PARTIR DE LACAN

Freud a très peu parlé du contre-transfert. On pourrait déduire de ses conseils que la disposition du médecin devrait viser un certain idéal apathique, stoïcien. Au début de son Séminaire, Lacan semble aussi écarter l'importance de la question : « Le contre-transfert n'est précisément rien d'autre que la fonction des fonctions de l'ego de l'analyste, ce que j'ai appelé la somme des préjugés de l'analyste »⁴⁷⁹. Par la suite, par contre, cette notion est devenue une thématique centrale de la théorie de la pratique, à côté de la répétition.

L'implication nécessaire de l'analyste dans la situation du transfert est nommée contre-transfert⁴⁸⁰. La période du séminaire sur le transfert est aussi celle où Lacan entend se démarquer d'une pratique devenue courante, notamment aux Etats-Unis, celle de diriger le

⁴⁷⁵ FEDIDA Pierre, *Crise et contre-transfert*, op.cit., p.74.

⁴⁷⁶ A l'heure des thérapies brèves, la fonction psychologique du suggestible peut rendre dérisoire cet idéal éthique. FEDIDA Pierre, *ibid.*, p.77-79.

⁴⁷⁷ ARISTOTE, *Rhétorique*, 1355b.

⁴⁷⁸ LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 1 mars 1961.

⁴⁷⁹ LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre I, Les écrits techniques de Freud (1953-1954)*, texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris, Seuil, « Points essais », 1998, p.49.

⁴⁸⁰ LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 15 mars 1961.

patient vers une adaptation plus satisfaisante à la réalité, en passant par une identification au Moi fort de l'analyste⁴⁸¹.

Considérer uniquement le transfert selon l'axe de la répétition, c'est ramener ce qui s'y joue à un jeu falsifié, puisque les affects du patient s'adressent à un mauvais destinataire. Pour Lacan, ce sera différent, il faut prendre en compte aussi l'axe de l'amour, ce qui permet de ne pas tout réduire à une répétition... transférée. En effet,

« il y a des phénomènes psychiques qui se produisent, se développent, se construisent pour être entendus, donc justement pour cet autre qui est là même si on ne le sait pas, même si on ne sait pas qu'ils sont là pour être entendus, ils sont là pour être entendus, et pour être entendus par un autre. En d'autres termes, il me paraît impossible d'éliminer du phénomène du transfert le fait qu'il se manifeste dans le rapport à quelqu'un à qui l'on parle. Ceci en est constitutif, constitue une frontière et nous indique du même coup de ne pas noyer son phénomène dans la possibilité générale de répétition que constitue l'existence de l'inconscient »⁴⁸².

Il n'est pas question d'aborder ici la problématique du contre-transfert dans toute son étendue, ni de faire état de tous les débats internes au champ freudien. Nous n'en extrayons que ce qui est utile à nos propres réflexions sur la médecine⁴⁸³.

2.1. Etre possédé d'un désir plus fort

Quand Lacan consacre son séminaire en 1961 à l'étude du transfert, il aborde frontalement la question du contre-transfert. Il rappelle d'abord l'opinion commune, l'idée première qu'on se fait du contre-transfert, à savoir les réponses aveugles ou non maîtrisées, fâcheuses voire nocives, voire les erreurs, qui ont pour origine la part d'inconscient non analysé chez l'analyste⁴⁸⁴. Cette opinion contraste avec une autre idée répandue : l'inconscient du patient et celui de l'analyste communiquent, et c'est cette communication (plutôt que la longue expérience ou la connaissance théorique) qui produirait les meilleurs *insights* chez l'analyste, car il se trouverait en quelque sorte directement informé de ce qui se passe dans l'inconscient de son patient⁴⁸⁵. L'analyste idéal serait donc à la fois purgé de son inconscient et le plus efficace grâce à la communication des inconscients : contradiction⁴⁸⁶ !

⁴⁸¹ LACAN Jacques, « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », op.cit.

⁴⁸² LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 1 mars 1961

⁴⁸³ On peut recommander par contre une étude très fine sur le contre-transfert vu par Lacan : LEFF Gloria, *Portraits de femmes en analystes. Lacan et le contre-transfert*, Paris, Epel, « essais », 2009.

⁴⁸⁴ Ibid., séance du 8 mars 1961. « tout ce qui chez l'analyste représente son inconscient en tant que non analysé, dirons-nous, est nocif pour sa fonction, pour son opération d'analyste en tant qu'à partir de là nous avons la source de réponses non maîtrisées - et surtout dans l'opinion qu'on s'en fait - de réponses aveugles (...) éventuellement tel ou tel fait plus ou moins grave, plus ou moins fâcheux dans la pratique de l'analyse, de non-reconnaissance, d'intervention manquée, d'inopportunité de telle autre intervention, voire même d'erreur ».

⁴⁸⁵ LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 8 mars 1961. « c'est à la communication des inconscients qu'en fin de compte il faut se fier au mieux pour que se produisent chez l'analyste les aperceptions décisives, les *insights* les meilleurs. Ce n'est pas tellement d'une longue expérience, d'une connaissance étendue de ce qu'il peut rencontrer dans la structure que nous devons attendre la plus grande pertinence - ce saut du lion dont nous parle Freud quelque part et qui ne se fait qu'une fois dans ses réalisations les meilleures. (...) C'est en somme, directement, que l'analyste est informé de ce qui se passe dans l'inconscient de son patient, par une voie de transmission qui reste dans la tradition assez problématique ».

⁴⁸⁶ « (...) ce serait à la fois en tant qu'à la limite il ne resterait plus rien d'inconscient chez l'analyste et en même temps en tant qu'il en conserverait encore une bonne part, qu'il serait, qu'il doive être l'analyste idéal. Ce serait

Voilà comment Lacan la lève. L'analyse n'épuise pas l'inconscient de l'analyste. Par contre, celui qui a été analysé sait jouer comme d'un instrument

« de la caisse du violon dont par ailleurs il possède les cordes. Ce n'est tout de même pas un inconscient brut, c'est un inconscient assoupli, un inconscient plus l'expérience de cet inconscient »⁴⁸⁷.

Ce qu'on peut attendre de l'analyse qu'a faite l'analyste, c'est une clarification de sa relation d'amour propre (à l'autre qu'est soi), mais cela n'épuise pas du tout la question de ce qui se passe légitimement quand il a affaire à l'autre au-dehors, donc au patient⁴⁸⁸.

Le pouvoir que cet autre (le patient) conserve sur lui, (« ne serait-ce que ce pouvoir de l'encombrer par sa présence ») n'est pas réductible à une préparation insuffisante. Reconnaître l'inconscient ne signifie pas que l'analyste soit « hors de la portée des passions ». L'effet d'un objet d'attraction ou d'aversion, son efficience, n'a pas sa source unique dans l'inconscient⁴⁸⁹.

Son analyse préalable n'empêche donc pas le médecin d'être sensible « au fait que tel ou tel provoque en lui les réactions d'une pensée hostile ». Faire cas de la présence du malade, ce n'est pas faire cas avant tout de la présence *d'un malade*, mais supporter *sa présence*. Faire accueil réellement à cette présence, « présence d'un être qui tient de la place », c'est laisser se produire en soi « toutes les espèces possibles de réactions », y compris les mouvements de l'amour ou de la haine⁴⁹⁰.

Lacan ne met donc pas sur le compte d'une analyse « incomplète » l'existence d'affects éprouvés par l'analyste, au contraire :

« Je dirai même mieux, mieux il sera analysé, plus il sera possible qu'il soit franchement amoureux ou franchement en état d'aversion, de répulsion sur les modes les plus élémentaires des rapports des corps entre eux, par rapport à son partenaire »⁴⁹¹.

Si l'exigence de l'apathie de l'analyste est néanmoins fondée, ce ne peut être sur la base d'une « purgation » réussie. Cette exigence doit s'enraciner ailleurs : l'analyste doit être possédé d'un désir plus fort !⁴⁹²

« C'est que si l'analyste réalise, comme l'image populaire ou aussi bien [comme] l'image déontologique qu'on s'en fait, cette apathie, c'est justement dans la mesure où il est possédé d'un désir plus fort que ce dont il peut s'agir, à savoir d'en venir au fait avec son patient, de le prendre dans ses bras, ou de le passer par la fenêtre... cela arrive... j'augurerais même mal de quelqu'un qui n'aurait jamais senti cela, j'ose le dire »⁴⁹³.

On voit la manière dont Lacan renoue avec des indications que Freud n'avait pas développées, se contentant d'indiquer la visée de la réussite du traitement comme finalité

vraiment faire des oppositions (...) qui ne seraient pas fondées ». (LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 8 mars 1961).

⁴⁸⁷ LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 8 mars 1961 (nous soulignons).

⁴⁸⁸ Ibidem.

⁴⁸⁹ Ibidem.

⁴⁹⁰ Ibidem.

⁴⁹¹ Ibidem (nous soulignons).

⁴⁹² Allouch mentionne aussi une nécessité technique : « l'analyste doit taire l'amour, la haine aussi, et ce double silence est censé permettre la levée de l'ignorance » (ALLOUCH Jean, *L'amour Lacan*, op.cit.).

⁴⁹³ LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 8 mars 1961

première. Il dit à la fois la même chose et quelque chose de nouveau, puisqu'il parle directement du désir qui possède l'analyste.

Il me semble que cette recommandation technique et éthique à la fois, qui porte sur l'érotique dans la relation, est tout à fait transposable à la médecine. Être possédé du désir de mener son action (« doctorer ») dans les meilleures conditions permet d'orienter la pratique et la disposition éthique d'une manière qui ne met pas l'accent sur des interdits moraux et qui ne nie pas l'incidence de l'amour mais lui fait droit, tout en indiquant une priorité, cette priorité restant décrite dans le registre du désir. Il ne s'agit pas réellement d'une apathie – elle n'est qu'apparente – mais d'un rapport de forces. Il ne s'agit pas d'un émoussement d'affects, mais d'un affect plus grand. Il ne s'agit pas de brimer les passions au nom des convenances sociales, mais d'être possédé du désir de la pratique. On comprend alors aussi pourquoi le désir de la pratique, s'il s'émousse, se corrode, s'érode, sous les coups de boutoir du management par exemple, expose le médecin au déferlement d'affects « relationnels » : on le voit cherchant une consolation auprès du malade, mais le plus souvent être déchiré de cynisme haineux.

2.2. Le contre-transfert, de même nature apparente que le transfert

Cette mise au point étant faite, Lacan prend acte que « le contre-transfert n'est plus considéré de nos jours comme étant dans son essence une imperfection », et qu'il est généralement admis que « l'analyste doit tenir compte, dans son information et sa manœuvre, des sentiments non pas qu'il inspire mais qu'il éprouve dans l'analyse (...) déterminés à chaque instant par ses relations à l'analysé » : gêne, (...) sentiments de dépression, de chute générale de l'intérêt pour les choses, de désaffection, etc.⁴⁹⁴ Mais, assimilé aux affects de l'analyste, le contre-transfert est alors devenu pour certains (il s'agit de l'école kleinienne) « un mode sinon normal du moins normatif du repérage de la situation analytique », et aussi « un élément possible de son intervention par la communication qu'il peut éventuellement en faire à l'analysé »⁴⁹⁵. Et c'est ce qui ne convient pas à Lacan.

Dans cette théorie que Lacan critique, le contre-transfert est dit normal quand la demande (du malade) introjectée (par l'analyste) est parfaitement comprise. L'analyste n'a aucune peine à se repérer dans ce qui se produit alors d'une façon si claire dans sa propre introjection⁴⁹⁶. Aujourd'hui, me semble-t-il, on placerait ce contre-transfert normal sous le signe de l'empathie, qui permettrait de se faire une idée claire des représentations et des attentes du malade, sans les partager pour autant. Il y aurait par contre, toujours pour l'école kleinienne, déviation du contre-transfert normal quand l'analyste est *affecté* par l'état même du patient. Il semble alors s'agir d'une forme subtile de sympathie (contagion d'affects), subtile en tant qu'elle pourrait presque passer inaperçue :

« Je veux dire qu'il [l'analyste] ressent en lui l'effet de quelque chose de tout à fait inattendu dans lequel seule une réflexion faite à part lui permet, et encore peut-être

⁴⁹⁴ LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 15 mars 1961.

⁴⁹⁵ Ibidem.

⁴⁹⁶ Certains comme Israël considèrent que cette prétendue aptitude est un fantasme. Si on y voit de la disponibilité et de la sollicitude, cela masquerait une effraction et une occupation de l'autre « au sens militaire du terme ». ISRAËL Lucien, *L'hystérique, le sexe et le médecin*, op.cit., p.151.

seulement parce que l'occasion est favorable, de reconnaître l'état même que lui avait décrit son patient »⁴⁹⁷.

Pour Lacan, le critère d'une position correcte ne doit pas tenir à la compréhension. Il vaut mieux se garder de comprendre trop vite. Si l'analyste « sait ce que c'est que le désir (...) il ne sait pas ce que ce sujet avec lequel il est embarqué dans l'aventure analytique désire ». « C'est dans la mesure où nous croyons pouvoir répondre à la demande que nous sommes dans le sentiment de comprendre »⁴⁹⁸. La compréhension, dont on fait grand cas en médecine, reste limitée à un certain plan de la demande et de la réponse à cette demande, et on peut conserver des remarques de Lacan une indication de précaution quand le patient nous convoque comme directeur de conscience ou *coach* de sa vie.

Et ce qui ne convient pas, c'est que le contre-transfert est devenu un « vaste fourre-tout d'expériences qui comporte ou qui semblerait comporter à peu près tout ce que nous sommes capables d'éprouver dans notre métier ». La notion en devient inutilisable. S'il « est clair que nous sommes hommes, et comme tels affectés de mille façons par la présence du malade », il ne faut pas « mettre tout cela sous le registre du contre-transfert »⁴⁹⁹. Finalement, le contre-transfert dans son ensemble n'est qu'« un effet irréductible de la situation de transfert simplement par elle-même »⁵⁰⁰. Ce point sera repris et accentué plus tard dans son enseignement:

« Le transfert est un phénomène où sont inclus ensemble le sujet et le psychanalyste. Le diviser dans les termes de transfert et de contre-transfert (...) ce n'est jamais qu'une façon d'éluder ce dont il s'agit »⁵⁰¹.

Ce qui importe le plus à Lacan, c'est « ce qui doit être considéré essentiellement comme notre participation au transfert »⁵⁰².

Que signifie alors cette participation ?⁵⁰³ Usant d'une blague fameuse qui permet aussi de rappeler l'expression d'Anna O. (l'analyse comme *chimney sweeping*), Lacan indique – sans mentionner qu'il parle du transfert⁵⁰⁴ – que « quand deux hommes se retrouvent au sortir d'une cheminée, tous les deux ont la figure sale »⁵⁰⁵. Le transfert ne laisse pas l'analyste indemne. Mais cette participation n'est pas de l'ordre du comportement, de la conduite à tenir, d'un

⁴⁹⁷ LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 15 mars 1961.

⁴⁹⁸ Ibidem. « Où est la compréhension quand nous comprenons? Quand nous croyons comprendre, qu'est-ce que cela veut dire? Je pose que cela veut dire dans sa forme la plus assurée, je dirai dans sa forme primaire, que la compréhension de quoi que ce soit que le sujet articule devant nous est quelque chose que nous pouvons définir ainsi au niveau du conscient, c'est qu'en somme nous savons quoi répondre à ce que l'autre demande. C'est dans la mesure où nous croyons pouvoir répondre à la demande que nous sommes dans le sentiment de comprendre ».

⁴⁹⁹ LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 24 mai 1961.

⁵⁰⁰ Ibidem.

⁵⁰¹ LACAN Jacques, *Les quatre concepts...*, op.cit., p.210.

⁵⁰² Ibidem.

⁵⁰³ Notons que c'est une manière de traiter de la réciprocité érotique.

⁵⁰⁴ Il s'agit d'un dialogue entre un docteur en philosophie spécialiste de logique et un rabbin prié de soumettre le premier à des épreuves supposées tester son aptitude à l'étude juive. Tout tourne autour du problème suivant : « Deux hommes descendent dans une cheminée. L'un en sort propre, l'autre sale : qui va se laver ? ». C'est Gloria Leff qui en fait cas avec à-propos dans son ouvrage sur le contre-transfert. LEFF Gloria, *Portraits de femmes en analystes. Lacan et le contre-transfert*, op.cit.

⁵⁰⁵ LACAN Jacques, « A la mémoire d'Ernest Jones. Sur sa théorie du symbolisme (1960), *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p.717.

savoir-faire : non, il y a une « nécessité de répondre au transfert » et elle intéresse notre être ⁵⁰⁶. Lacan trouve qu'il y a quelque chose de juste (mais de mal formulé) dans cette remarque massive de Sacha Nacht : « l'analyste agit moins par ce qu'il dit et par ce qu'il fait que par ce qu'il est » ⁵⁰⁷.

2.3. Deux plans entremêlés

Lacan critique la position kleinienne qui décrit deux tendances (*drive*, terme qui est traduit aussi par pulsion) de l'analyste, parentale et réparative. « Si c'est vraiment un parent que le sujet en analyse a en face de lui », « alors comment même oserons nous parler de la situation du transfert ? » Si l'analyste se pose en parent, il est alors légitime que le sujet « retombe dans la position même qu'il a eue pendant toute sa formation à l'endroit des sujets autour desquels se sont constituées les situations passives fondamentales pour lui », et qu'il produise des « automatismes de répétition ⁵⁰⁸ ». C'est bien parce que la situation de transfert est « en discordance avec la réalité de cette situation », c'est parce que la situation de transfert n'est pas rabattable entièrement sur « *l'hic et nunc* du rapport au médecin », que l'analyse n'est pas une répétition du passé. « Si le transfert n'est que répétition, il sera répétition, toujours, du même ratage » ⁵⁰⁹.

L'affirmation de Sacha Nacht (« l'analyste agit moins par ce qu'il dit et par ce qu'il fait que par ce qu'il est ») est donc mal formulée parce qu'elle entremêle deux plans, celui de la réalité objective et celui de la réalité transférentielle. Or « l'analyste joue son rôle transférentiel précisément dans la mesure où pour le malade il est ce qu'il n'est pas... justement sur le plan de ce qu'on peut appeler la réalité » ⁵¹⁰. Mais elle contient néanmoins une part de vérité. « L'analyste intervient par quelque chose qui est de l'ordre de son être, c'est un fait d'abord d'expérience ». Ce qui fonctionne relève de sa position subjective, et ne peut « entièrement s'épuiser dans une manipulation » ⁵¹¹. Le « transfert met en jeu l'analyste comme un existant » ⁵¹².

On fera le parallèle avec le médecin. L'interniste Eric Cassel, parmi d'autres, écrit ceci :

« un des instruments les plus utiles en médecine est la personne du médecin lui-même.
La médecine est une affaire de soins de personnes par des personnes » ⁵¹³.

Par conséquent, si le médecin est « là armé du *drive* parental, si élaboré que nous le supposons du côté d'une position éducative, il n'y aura absolument rien qui distancie la réponse normale du sujet à cette situation » ⁵¹⁴. Autrement dit, c'est le *drive* parental du médecin, c'est sa

⁵⁰⁶ Ibidem.

⁵⁰⁷ NACHT Sacha, *La Psychanalyse d'aujourd'hui*, Paris, Presses Universitaires de France, 1956, p. 135: « Aussi nous arrive-t-il parfois de soutenir que ce qui importe surtout dans une analyse ce n'est pas tant ce que l'analyste dit ou fait que ce qu'il est. Ce qu'il dit ou fait, l'analyste le tient en principe de l'enseignement qu'il a reçu. Mais l'usage même qu'il fait de cet enseignement dépend en grande partie de sa personnalité ».

⁵⁰⁸ LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 15 mars 1961

⁵⁰⁹ LACAN Jacques, *Les quatre concepts...*, op.cit., p.131.

⁵¹⁰ LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 24 mai 1961.

⁵¹¹ Ibidem.

⁵¹² Ibidem.

⁵¹³ CASSEL Eric, *The healer's art*, op.cit., p.113-114.

⁵¹⁴ LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 24 mai 1961.

disposition paternaliste qui suscite pour le malade la répétition du passé, qui littéralement l'infantilise. Mais attention, il ne suffit pas d'adopter des comportements extérieurement différents pour en contrôler les effets. Notons aussi que la pulsion réparative a toujours le vent en poupe – contrairement au paternalisme – et qu'elle n'est remise en question qu'en fin de vie (acharnement thérapeutique), quoique l'acharnement palliatif soit lui aussi tout à fait inscriptible dans la pulsion réparative.

D'un autre côté, il ne faut pas oublier que la situation de transfert, par elle-même, suffit pour que l'analyste soit mis en position d'être « celui qui contient l'agalma, l'objet fondamental dont il s'agit dans l'analyse du sujet ». Il est mis en position d'avoir, de détenir l'objet de ce désir du sujet. Il y a donc une oscillation théorique : l'accent est soit mis sur l'objet (que détiendrait l'analyste) soit sur le sujet intéressé dans le transfert en tant que tel.

Cette oscillation incite à accentuer la distinction entre le désir et l'amour : d'une certaine façon, le désir vise l'objet, pas l'autre supposé le détenir, et l'autre n'est désiré qu'en tant que détenteur⁵¹⁵. Le désir s'adresse à un autre comme objet. Par contre, la demande d'amour ne nie pas l'altérité, aimer en appelle à l'autre dans son être⁵¹⁶. Il y a donc une difficulté pour l'analyste, confronté à un écart entre se faire objet du désir, et la subjectivité absolue de celui qui donne l'amour. A propos de la scène de la fin du *Banquet*, Lacan énonce que l'amour se rattache à la question posée à l'autre de ce qu'il peut nous donner, de ce qu'il a à nous répondre. Et le problème est que cet Autre de l'amour est lié à l'objet du désir⁵¹⁷.

Désir d'un objet (dont le médecin serait détenteur) et demande d'amour (adressée à la personne du médecin) ; réalité et déplacement de l'amour transférentiel ; francs affects et désir plus fort ; répondre par ce qu'il fait ou à partir de ce qu'il est : le repérage n'est pas simple ! On peut relire l'histoire de la rencontre avec Gisèle avec ces perspectives. Mais ce n'est pas tout. Il nous faut encore revenir sur les deux positions dans l'amour que nous avons rencontrées dans la lecture du *Banquet*.

2.4. Eraste et éromène.

Quand on évoque l'amour de transfert, on sous-entend généralement, que le patient aime son médecin. Dans la configuration éraste/éromène, il est donc un éraste. Mais Lacan affirme que le sujet qui consulte est, du fait de la situation, en position d'aimé, d'éromène ! Il faut entrer dans les détails.

⁵¹⁵ « le désir abolit la dimension de l'Autre, l'Autre n'est désiré qu'en devenant totalement objet ». ALLOUCH Jean, *L'amour Lacan*, op.cit., p.113. Allouch commente des moments du séminaire de LACAN, *Les formations de l'inconscient*, op.cit., séances des 7 et 14 mai 1958.

⁵¹⁶ Ibidem.

⁵¹⁷ LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 1 mars 1961 « Or, c'est à la question posée à l'Autre de ce qu'il peut nous donner, de ce qu'il a à nous répondre, c'est à cette question que se rattache l'amour comme tel; non pas que l'amour soit identique à chacune des demandes dont nous l'assaillons, mais que l'amour se situe dans l'au-delà de cette demande en tant que l'Autre peut ou non nous répondre comme dernière présence. Et toute la question est de s'apercevoir du rapport qui lie cet Autre auquel est adressée la demande d'amour avec l'apparition de ce terme du désir en tant qu'il n'est plus du tout cet Autre, notre égal, cet Autre auquel nous aspirons, cet Autre de l'amour, mais qu'il est quelque chose qui, par rapport à cela, en représente à proprement parler une déchéance - je veux dire quelque chose qui est de la nature de l'objet ».

Lacan le dit clairement : « nous pouvons dire que dans le principe de la situation le sujet est introduit comme digne d'intérêt, digne d'amour, comme *erômenos* »⁵¹⁸. Disons qu'il est au moins aimable, et que le médecin est l'éraсте, animé d'un désir de soigner, dans une disposition bienveillante, bienfaisante. « C'est pour lui qu'on est là ». Lacan précise qu'il s'agit là de l'effet manifeste : « C'est pour lui qu'on est là mais cela c'est l'effet, si l'on peut dire, manifeste ».

On trouve des indications concordantes dans « La direction de la cure ». Lacan fait remarquer que la demande (celle où le patient me demande, du fait qu'il parle), « ce n'est même pas la sienne, car après tout, c'est moi qui lui ai offert de parler »⁵¹⁹. Relues après le *Banquet*, on pourrait dire de ces lignes : l'analyste est l'éraсте qui se propose comme éromène à un patient invité à s'emparer de la position d'éraсте. « Avec de l'offre j'ai créé la demande » dit Lacan.

Le passage de la position d'aimé à celle d'aimant/désirant, cette substitution de *l'erastès* à *l'erômenos*, est désignée comme métaphore constituant le phénomène de l'amour : « L'aimé qui « avait tout » pour être aimable se déclare tout à coup comme aimant, désirant, manquant de quelque chose »⁵²⁰.

L'éromène devient éraсте et cette substitution constitue par elle-même le phénomène de l'amour. Si certains analystes voient dans l'énamoration bruyante du patient dès le début de l'analyse une contre-indication à sa poursuite, Lacan, en analysant ce type de réaction comme un « effet flambant »⁵²¹, certes, mais de même nature que ce qui se produit comme effet inévitable de la situation, n'en fait pas un obstacle dirimant. Il y aura par contre contre-indication si l'analyste « place son propre objet partiel, son *agalma*, dans le patient auquel il a à faire ». Je transpose pour la médecine : si le malade est considéré comme l'écrin de sa maladie, et que le désir du médecin est polarisé par les recherches sur cette maladie, ou par la lutte contre la maladie, le désir du médecin se porte sur ce dont le malade est le support⁵²².

Au plan manifeste, le patient énonce une demande (il sait ce qu'il veut), mais au plan latent, il ne sait pas ce qu'il désire. (Pour Freud, c'est le désir du malade de recouvrer la santé qui l'a décidé à entrer en collaboration avec l'analyste⁵²³) Et comme l'objet du désir est posé dans l'Autre (cf. *agalma* dans le silène), qu'il le sache ou non, l'analysant est constitué comme *éraсте*.

⁵¹⁸ Ibid., séance du 8 mars 1961.

⁵¹⁹ LACAN Jacques, « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », op.cit. « Bien sûr sa demande se déploie sur le champ d'une demande implicite, celle pour laquelle il est là : de le guérir, de le révéler à lui-même, de lui faire connaître la psychanalyse, de le faire qualifier comme analyste. Mais cette demande, il le sait, peut attendre. Sa demande présente n'a rien à faire avec cela, ce n'est même pas la sienne, car après tout, c'est moi qui lui ai offert de parler ».

⁵²⁰ LUCHELLI Juan Pablo, « La lecture lacanienne du Banquet de Platon », *Cliniques méditerranéennes* 2011/2 ; 84 : 215-27.

⁵²¹ Allouch : « la bûche psychanalyste ne s'enflamme pas, quelle que soit l'intensité de la flamme analysante qui la sollicite ; en revanche, elle se consume, et jusqu'à devenir le reste d'elle-même » (ALLOUCH Jean, *L'amour Lacan*, op.cit., p.33). S'offrir comme objet d'amour passe par une ascèse : devenir bûche humide se consumant. Ceci contraint l'amour, visiteur non invité dans l'expérience. L'analyste ne s'offre pas lui-même (son ineffable singularité), Freud déjà le disait que l'amour dont il est l'objet n'est pas lié à ses charmes personnels. ALLOUCH Jean, *L'amour Lacan*, op.cit., p.448. Voir aussi ALLOUCH Jean, *Contre l'éternité...*, op.cit., p.41-50.

⁵²² On peut noter en passant que si la destitution subjective de l'analyste marque la fin d'une analyse, c'est la destitution subjective du malade qui marque le début de la cure médicale, ou du moins son moment scientifique (Cf. chapitre VIII).

⁵²³ « Nous comptons d'abord sur le désir du malade de recouvrer la santé, désir qui l'a décidé à entrer en collaboration avec nous ». FREUD Sigmund, *Introduction à la psychanalyse*, op.cit., Leçon 27 sur le transfert, p.414.

Lacan dit que l'analyste s'offre comme objet d'amour⁵²⁴. Freud, pour qui l'amour de transfert devient névrose de transfert, « une névrose nouvellement formée et transformée qui remplace la première », soulignait que l'analyste « en occupe soi-même le centre »⁵²⁵ : la maladie artificiellement établie par le transfert prend la place de « la maladie proprement dite » ; « à la place des objets aussi variés qu'irréels de la libido, nous n'avons qu'un objet, bien qu'également fantastique : la personne du médecin »⁵²⁶.

Si l'analyste est objet d'amour, il est aimé, il est alors l'éromène, et le désirant, l'amant, l'éraсте, c'est le patient. Le transfert a parfois commencé avant que l'analyse ne s'engage, et on le voit bien aussi en clinique médicale, notamment quand le malade a été adressé par un autre médecin, lequel a motivé parfois la consultation chez Untel, qui va savoir, qui va comprendre, qui va pouvoir aider le malade. Avant même de l'avoir rencontré, le malade impute au médecin la détention d'un savoir/pouvoir, qui n'est peut-être pas à situer au rang de l'agalma⁵²⁷, mais certainement dans la série de ses avatars. Le médecin expert, qui parfois croit posséder l'*agalma* qui manque au malade... ou tout médecin qui s'y croit, c'est-à-dire qui confond le savoir/savoir-faire qu'il doit posséder pour être un médecin compétent, avec l'*agalma* dont la possession lui est imputée par erreur, se trouve logé à la même enseigne que l'analyste, mais ne lui réserve souvent pas le même destin.

Autrement dit, il est possible de rapporter les positions respectives du malade et du médecin à la fois à celles de l'éraсте et de l'éromène, mais il ne s'agit pas pour autant de symétrie ni de réciprocité. La *disparité subjective* du transfert signifie « que la position des deux sujets en présence n'est aucunement équivalente »⁵²⁸.

C'est pourtant ce que cherche le sujet en tant qu'il veut (aussi) être aimé. Éraсте-chasseur de l'objet de son désir, il n'en est pas moins porteur de cette question « m'aime-t-on ? », et donc en position d'éromène pour le médecin-éraсте. Que le désir du médecin l'amène à considérer, *a priori*, le malade comme digne d'intérêt, aimable et donc comme *éromène*, ne signifie pas que l'objet du désir du médecin soit placé dans le patient⁵²⁹. Et s'il est mis en place d'éromène par le patient, ce n'est pas pour autant que doit se produire en lui la métaphore de l'amour, et que d'éromène il se transforme en éraсте (dont le patient serait l'objet élu). La réciprocité érotique ne conduira pas le couple médecin-malade à devenir harmonieux.

On le voit, aux plans entremêlés du symbole et de la réalité, s'ajoute la disparité subjective de l'éromène et de l'éraсте, médecin et patient devant être envisagés dans les deux positions, quoique de manière particulière à chacun. En effet, si on ne peut exiger du malade qu'il soit au

⁵²⁴ LACAN Jacques, « Alla Scuola Freudiana », art.cit. : « S'offrir comme objet d'amour : car c'est bien de ça qu'il s'agit dans l'analyse, n'est-ce pas ? S'apercevoir qu'au nom de ceci, que vous attachez, que vous collez à la question du savoir, que ça déclenche l'amour. Jamais ça n'a été vraiment élucidé. (...) la raison de l'amour transférentiel, c'est que l'analyste est supposé savoir ».

⁵²⁵ FREUD Sigmund, *Introduction à la psychanalyse*, op.cit., Leçon 27 sur le transfert, p.422.

⁵²⁶ Ibid., Leçon 28 sur La thérapeutique analytique, p. 432.

⁵²⁷ « Quelle que soit sa grâce ou disgrâce, c'est à l'agalma, qu'il sait ne pas détenir mais dont il accepte l'imputation, que l'analyste doit d'être mis en position à la fois de sujet supposé savoir et d'objet aimé » : ALLOUCH Jean, *L'amour Lacan*, op.cit., p.27.

⁵²⁸ LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 15 mars 1961

⁵²⁹ Sans compter avec le fait que l'éraсте ne saurait être entrevu comme simplement actif : ne subit-il pas déjà l'action de l'éromène, de même que le chasseur subit l'action du gibier, pour rester dans cette métaphore de la chasse. Sur ce point, voir ALLOUCH Jean, *Le sexe de la vérité. Érologie analytique III*, op.cit., p.105 sq.

clair sur son désir, on peut exiger du médecin qu'il ne se croie pas concerné en sa personne, alors même – telle est la difficulté – qu'il est visé dans son être. Pour que le « désir plus fort » soit efficace dans la cure, encore faut-il qu'il renonce à être *quelqu'un*.

« Le désir de l'analyste tiendrait son efficience d'un deuil, du deuil précisément, *d'être quelqu'un*, qui que ce soit (célébrité du moment, professeur d'université, chef d'une école ou d'un service psychiatrique, clinicien dont une rumeur vante la finesse, personnage bardé de diplômes, grand théoricien, homme de pouvoir, petit autre dans le transfert, etc.) Ce deuil serait tel qu'il permettrait qu'opère le désir du psychanalyste. Ne pas se refuser à être n'importe qui, à vaciller en tant que singulier, telle serait la performance de ce deuil qui offrirait ainsi au désir de l'analyste sa condition d'effectivité. Lacan ne prononce pas le mot susceptible de dire au plus près le statut de cette performance : une ascèse »⁵³⁰.

Une ascèse, donc une vertu. Pour que le désir du médecin (dont on a vu qu'il devait être plus fort que ses affects pour manier le transfert) soit efficace dans la conduite du traitement, il faut qu'il renonce à s'y croire. Dans *Télévision*, Lacan indique que le saint-analyste fait le déchet, qu'il « décharite » (et ne fait pas la charité)⁵³¹. Allouch le lit comme « dé-chérir », « chérir en ne chérissant pas », qui éradique ce qui dans le geste d'amour (comme don) véhicule (aussi) une demande : que le bénéficiaire du geste charitable donne quelque chose en retour, sa conversion par exemple⁵³².

Si, pour satisfaire le besoin, il convient d'être compétent, diplômé, etc., pour ce qui est de l'amour, les diplômes et la réputation sont des miroirs aux alouettes (tant pour le malade que pour le médecin lui-même). Un des aspects du transfert englué la relation médicale dans l'imaginaire : « Je suis suivi par Untel, c'est pas n'importe qui ! » Que le médecin l'apprenne et il s'enflamme, comme les amants du *Phèdre*. Or « chacun sait que le feu de l'amour ne brûle qu'à bas bruit »⁵³³. L'ascèse du médecin, se régler sur « le n'importe qui », permet aussi au malade de se dégager de la glu, sans que cela apparaisse comme une indifférence, un refus d'accorder ses faveurs. Savoir s'effacer : on en voit l'importance pour les pédiatres au moment de la transition à l'âge adulte de jeunes malades parfois suivis depuis de nombreuses années. Mais aussi pour les cancérologues, après la rémission. Gadamer – dans un schéma d'un processus de rétablissement d'un équilibre perturbé – avait noté que « toute action médicale trouve son accomplissement dans la suppression de soi » : « perspective qui se profile d'emblée à l'horizon de tout soin »⁵³⁴. Et Canguilhem note sobrement que « l'objectif du médecin comme celui de l'éducateur est de rendre sa fonction inutile »⁵³⁵.

⁵³⁰ ALLOUCH Jean, *L'amour Lacan*, op.cit., p.142.

⁵³¹ LACAN Jacques, « Télévision » (1973), *Autres écrits*, Paris, Seuil, 2001, p.519.

⁵³² ALLOUCH Jean, *L'autre sexe*, Paris, Epel, 2015, p.199-200.

⁵³³ LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 28 juin 1961

⁵³⁴ GADAMER Hans-Georg, *Philosophie de la santé*, op.cit., p.48. Un peu plus loin (p.53) : « L'art médical trouve son accomplissement dans le retranchement de soi-même et dans la restitution à autrui de sa liberté ».

⁵³⁵ CANGUILHEM Georges, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible? », art.cit., p.98.

2.5. Accorder ses faveurs et don du médecin

La problématique déjà entrevue dans le *Phèdre* (à qui accorder ses faveurs ?) est abordée par Aristote dans un passage des *Premiers Analytiques* (*APr.* 68a25-69a)⁵³⁶. La première partie de ce passage, abstraite, énonce que « Lorsque, de deux choses opposées, A et B, A est préférable à B, et pareillement D à C, alors, si A et C pris ensemble, sont préférables à B et D pris ensemble, A sera aussi préférable à D ». La démonstration est un peu difficile à suivre⁵³⁷.

Mais ce qui nous importe est l'illustration qui fournit un exemple.

« Si donc tout amant (ἐρῶν) préfère, en vertu de son amour, avoir avec l'être aimé une relation telle que celui-ci soit disposé (ἔχειν) à lui accorder ses faveurs (χαρίζεσθαι) (A), sans toutefois les lui accorder (C), plutôt que de voir l'aimé lui accorder ses faveurs (D) sans être disposé à les lui accorder (B), il est clair que A, être celui à qui on les accorderait, est préférable à en jouir.

Donc être aimé (*to philesthai*) est préférable, du point de vue de l'amour, à l'union physique (*sunousia*). Donc le désir amoureux (*erôs*) porte davantage sur l'amour (*philia*) que sur l'union physique (*sunousia*). Et s'il est davantage désir de cela (être aimé), c'est là sa véritable fin⁵³⁸. Donc l'union physique n'est pas du tout une fin, ou bien l'est en vue d'être aimé. Et de fait il en va ainsi dans les autres désirs et dans les arts en général »⁵³⁹.

Donc la configuration A-C (l'aimé est disposé à accorder ses faveurs mais ne les accorde pas) est préférable à B-D (l'aimé accorde ses faveurs sans être disposé à les accorder).

⁵³⁶ Lacan en produit un bref commentaire dans son séminaire : LACAN Jacques, *Séminaire, Les non-dupes errent* (1973-1974), séance du 12 février 1974, <http://ecole-lacanienne.net/>.

⁵³⁷ ARISTOTE, « Premiers Analytiques » (*APr.*), *Œuvres complètes*, Pierre Pellegrin (dir.), Paris, Flammarion, 2014, p.202-3. Traduction Crubellier, modifiée à l'aide des traductions Tricot et St Hilaire : « En effet, A est tout autant à rechercher que B est à fuir, puisqu'ils sont opposés. Même rapport de C à D, puisqu'ils sont opposés également. Si donc A est aussi désirable que D, B doit être autant à fuir que C ; car l'un et l'autre sont pareillement opposés à l'un et à l'autre : ce qui doit être fui à ce qui doit être désiré. Ainsi le rapport sera tout à fait identique entre A C et B D. Mais, puisque les premiers sont plus désirables que les autres, il n'est pas possible qu'ils le soient également ; car alors B D seraient également désirables. Mais, si D est préférable à A, B est aussi moins à fuir que C ; car le moindre est opposé au moindre. Mais le bien plus grand avec le mal moindre est préférable au bien plus petit avec le mal plus grand ; donc B D, en somme, est préférable à A ; mais ce n'est pas ici le cas. A est donc préférable à D, et C, par suite, sera moins à fuir que B. » Voilà le commentaire de Barthélemy St Hilaire : Lorsque quatre termes sont dans ce rapport qu'opposés deux à deux, le premier soit préférable au second, et le quatrième le soit au troisième, si le premier joint au troisième est préférable au second joint au quatrième, il faut que le premier soit préférable aussi au quatrième. Le premier est d'ailleurs supposé autant à rechercher que le second à fuir, le troisième autant à fuir que le quatrième à rechercher ; car le premier est opposé au second, comme le quatrième l'est au troisième.

— *Si donc A est aussi désirable que D*, Si l'on suppose d'abord que A n'étant pas préférable à D, il est aussi désirable que lui, ni plus ni moins, on arrive à cette conséquence que AC est aussi désirable que BD : mais par l'hypothèse AG est préférable à BD ; donc la conséquence est absurde ; donc A ne peut être aussi désirable que D ; car alors BD seraient aussi désirables que AC.

— *Mais si D est préférable à A*, Secondement, si au lieu de supposer A égal à D, on le suppose inférieur, c'est-à-dire, si l'on fait D préférable à A, au lieu de faire A préférable à D, on arrive à une autre absurdité. En effet, si D est préférable à A, B qui est opposé à A est moins à fuir que C qui est opposé à D ; car le moindre est opposé au moindre, et B opposé à A qui est moindre, est moindre aussi que C opposé à D plus grand que A ; donc BD en somme est préférable à AC, contradictoire inadmissible de l'hypothèse primitive ; donc A est préférable à D. Ainsi A ne pouvant être égal à D, ne pouvant davantage lui être inférieur, il s'ensuit qu'il lui est supérieur, et en d'autres termes qu'il lui est préférable ; l'hypothèse a été prouvée vraie par deux réductions à l'absurde. Il est en effet de toute évidence que le bien plus grand joint au mal moindre est préférable au bien plus petit joint au mal plus grand.

— *Mais ce n'est pas ici le cas*, c'est-à-dire, l'hypothèse est contraire. En résumé, A est donc préférable à D ; ce qui était à prouver ».

⁵³⁸ On pourrait rapprocher cela de SPINOZA (E III, prop.33) : « Quand nous aimons une chose semblable à nous, nous nous efforçons, autant que nous pouvons, de faire qu'elle nous aime à son tour ».

⁵³⁹ ARISTOTE, *APr.* 68a25-69a.

Une certaine lecture freudienne de l'amour est de donner ce qu'on a, avec le prototype du don de l'excrément par l'enfant à sa mère⁵⁴⁰. Nous l'avons évoqué en parlant des stades de la demande (chapitre II). Cette version de l'échange intersubjectif des demandes et des dons ne manque pas de lisibilité en médecine⁵⁴¹. Le malade fait cadeau de son symptôme, exhibe sa douleur, son ulcère. Il satisfait ainsi la demande du médecin : « avez-vous quelque maladie qui me donne l'occasion de dévoiler ma perspicacité diagnostique, ma puissance thérapeutique, ou ma générosité bienveillante? » Le malade y répond par une autre demande : « je te demande d'accepter ce que je t'offre – mon symptôme –, parce que c'est bien ça que tu me demandes ».

La perspective peut s'inverser : le médecin fait cadeau de son attention, de son ordonnance, il est alors dans la position de l'enfant qui donne son excrément. Il satisfait la demande du malade (Que pouvez-vous faire pour mon mal ? Que puis-je comprendre à ce qui m'arrive ? Dites-moi ce que vous savez de mon inconfort d'être au monde ?) et y répond par une autre demande : « je te demande d'accepter mon diagnostic et mon traitement, parce que c'est bien ça que tu me demandes ». Le refus est mal vécu !

Dans cette version, l'amour du médecin est de donner ce qu'il a, son temps, son intelligence, son savoir, son savoir-faire, une partie de soi. Aimer c'est alors donner un objet précieux de la réalité qui est aussi un symbole. Cette version regorge de chausse-trappes et de leurre mutuel : l'offre peut excéder la demande. L'excès d'amour peut forcer, peut offenser : dé-mesure de la bienveillance médicale⁵⁴². La « licence to cure » s'autorise parfois de ce que le malade persuade le médecin qu'il possède bien ce qui viendra le compléter. Dans cette persuasion, le malade sera d'autant plus virtuose que le médecin en sera dupe⁵⁴³. Faute d'être formé à la relation, de supporter le zeste d'angoisse qui pointe dans son for intérieur s'il laisse une question en suspens ou une ordonnance vierge, le médecin transforme l'offre de soins en machine à faire taire. Il y a tromperie sur la marchandise⁵⁴⁴.

La demande d'amour est le fond de toute demande. En prendre conscience permet d'éviter certains chausse-trappes. Mais Lacan opère un tournant décisif. Toute demandant articulée comme telle pose l'Autre comme absent ou présent, et donnant ou non cette présence. C'est donc distinct d'une demande de satisfaction quelconque, que ce soit celle du besoin qui peut être reconnu et objectivé, ou celle du désir articulé à l'objet qui le cause (là aussi le médecin se fourvoie en réduisant l'un à l'autre). Corrélativement, la réponse à la demande n'est jamais seulement satisfaction d'un besoin. Elle est aussi reconnaissance, ne serait-ce que de la

⁵⁴⁰ LACAN Jacques, « Intervention au premier congrès mondial de psychiatrie » 1950, *Actes du Congrès*, volume 5, Paris, Hermann et Cie, 1952, p. 103-108, *Pas-tout Lacan*, ecole-lacanienne.net/bibliolacan/pas-tout-lacan/. Nous suivons le commentaire de Jean Allouch en le transposant à la médecine. ALLOUCH Jean, *L'amour Lacan*, op.cit., p.30.

⁵⁴¹ Balint souligne d'ailleurs qu'il y a souvent mal donne : si le médecin se trompe dans sa réponse, le malade fournit une nouvelle « offre » symptomatique, qu'on attribuera à un facteur extrinsèque plutôt qu'à la relation elle-même. BALINT Michael et Enid, *Techniques psycho-thérapeutiques en médecine*, op.cit., p.43.

⁵⁴² L'excès d'amour est nuisible : chez l'anorexique, gavée par excès d'amour, il y a la réponse de la haine (qui rend la monnaie) mais c'est l'ignorance qui n'est pas pardonnée.

⁵⁴³ « A persuader l'autre qu'il a ce qui peut nous compléter, nous nous assurons de pouvoir continuer à méconnaître précisément ce qui nous manque ». Cette référence est empruntée à LACAN Jacques, *Les quatre concepts...*, op.cit., p.121. Dans le texte elle s'applique au transfert dans la cure analytique. Cependant, son extrapolation dans le champ de la médecine nous a paru légitime.

⁵⁴⁴ Une première version de ces réflexions sur le don a été publiée dans WEBER Jean-Christophe, « Gouverner les chairs et les esprits », art.cit.

légitimité de celui qui formule une demande, et don d'une présence qui n'est rien que ce que le sujet apporte par sa pure et simple réponse à la demande. Le don d'amour donné par sa présence et rien que par sa présence, indique que « ce qu'il donne est au delà de tout ce qu'il peut donner, que ce qu'il donne est justement ce rien »⁵⁴⁵. Le tournant de la lecture lacanienne de l'amour tient dans sa formule : l'amour, c'est de donner ce qu'on n'a pas. Nous en avons déjà parlé à propos du don au début de ce chapitre.

Si l'amour est donc en jeu dans le transfert, ce n'est pas en tant que disposition sentimentale, ni en tant que dispensation de biens de soins, mais en tant que « donner ce qu'on n'a pas ».

Cela reste massivement inaperçu derrière la version contractuelle du pacte de soins qui rassemble un usager autonome titulaire de droits et un professionnel mandaté pour répondre aux besoins de soins. On oublie alors que c'est le transfert qui donne son efficacité à la parole du médecin et à ses actes, et pas seulement la communication d'informations et l'impact pharmacologique du médicament sur son récepteur. On oublie aussi que l'investissement dont le médecin est l'objet tient à l'agalma dont il n'est que le détenteur supposé. Et si le médecin bénéficie pour un temps de sa brillance, il est crucial qu'il s'emploie à ne pas être dupe de sa possession effective, et à ne pas le laisser accroire. On oublie enfin que ce qui est visé dans la demande n'est pas qu'un objet.

Le médecin est avisé s'il s'abstient de jouer à l'expert omnipotent, s'il ne prétend pas combler la demande. Au contraire, quand le médecin se défait « de l'illusion d'une fonction pastorale oblatrice »⁵⁴⁶ – qui rassemble les *drive* parentale et réparative, cela mérite d'être souligné ici –, le malade peut « lâcher la jouissance enkystée de ses symptômes de souffrance », et c'est toute la clinique de la douleur chronique, pour ne prendre que cet exemple, qui se trouve revisitée.

D'autre part, la question ontologique, celle du « qui suis-je », réveillée par toute maladie un tant soit peu sérieuse, ne peut être résolue par le savoir, fût-il ajusté au mieux⁵⁴⁷. La demande de savoir, si elle suscite l'amour, n'appelle pas un savoir qui vaudrait pour son contenu. Le médecin est funambule, quand d'un côté il doit posséder des connaissances sur les maladies, et de l'autre admettre que tout un pan de la demande concerne un savoir qu'il ne saurait détenir. D'où la méprise fréquente en médecine, quand on manipule des questions existentielles, qui engagent la personne à l'occasion d'une maladie, ou de son contrôle, ou de son traitement. Confondre besoin, désir et demande, et ignorer la portée de l'amour (de transfert) c'est se résigner à pester contre l'inadéquation entre un malade devenu exigeant (sujet de droits et victime d'un préjudice) et un médecin qui croit que son pouvoir est à la mesure de connaissances évaluées et des biens de soins qu'il dispense. C'est aussi croire et faire accroire qu'à chaque trouble correspond sa solution, qu'il suffit de l'appliquer comme on applique à chaque serrure sa clé, à chaque trou son objet qui vient le combler.

⁵⁴⁵ LACAN Jacques, *Le désir et son interprétation*, op.cit., séance du 7 janvier 1959.

⁵⁴⁶ ASSOUN Paul-Laurent, « Le corps saint, du déni à la jouissance », *Champ psychosomatique* 2004 ;33 :11-27.

⁵⁴⁷ ALLOUCH Jean, *L'amour Lacan*, op.cit., p.41.

L'amour est un horizon pour le ternaire besoin/demande/désir, « il ouvre un espace entre demande et demande d'amour (de reconnaissance d'être) cet espace étant celui-là même où le désir aurait à se constituer »⁵⁴⁸. L'amour laisse à désirer.

2.6. Désir du thérapeute

« Que veux-tu? » (forme sous-jacente à toute question formulée), doit aussi être envisagé, compris comme ayant à voir avec « ce que nous désirons en posant la question »⁵⁴⁹. La question, les questions du médecin adressées au malade, les questions que le malade pourra nous poser, ont à avoir avec ce que nous désirons comme médecin.

Et ce point est essentiel. Un patient lance un appel du plus profond de son être, « au moment où il vient nous demander notre aide et notre secours ». Quel doit être alors le désir de l'analyste s'interroge Lacan⁵⁵⁰? La question se pose aussi au médecin. Se considère-t-il comme « le représentant autorisé par la force d'une recherche, d'une doctrine et d'une communauté » d'une sorte de « droit de la nature » ?

L'analyste est « interrogé en tant que « sachant », porteur même d'un secret, qui n'est pas le secret de tout, qui est un secret unique (...) que nous sommes censés détenir ». Si « c'est ainsi que l'expérience analytique se propose, s'offre, qu'elle est abordée », qu'en est-il pour la médecine? L'expérience la plus commune est que le médecin est supposé pouvoir déterminer la cause du malheur qui afflige le patient et proposer une solution aidante. Quand il s'agit de plaintes fonctionnelles, le patient ne s'engage généralement pas dans un parcours médical en supposant que le médecin en connaît quand même un rayon sur le désir, mais plutôt avec la passion, l'espoir, que du désir il ne sera pas question. Si le contexte culturel des années 1960 pouvait faire dire à Lacan qu'il est « devenu de conscience commune que le désir ne se présente pas à visage découvert » et donc que l'analyse est la voie tout indiquée pour en connaître quelque chose de plus (il répète l'optimisme freudien de *La question de l'analyse profane*), le contexte qui est le nôtre est tout différent. La demande explicite en tous cas est celle de son extinction par la satisfaction des besoins.

Et pourtant, le désir n'est pas hors-jeu : le désir est tout aussi présent dans nos efforts pour nous en rendre maîtres et ne pas les laisser s'exprimer. Combattre les désirs ce n'est pas les satisfaire, mais c'est y satisfaire (au sens où on n'y coupe pas)⁵⁵¹. Mais il n'est guère plus possible aujourd'hui d'interroger le désir de celui qui souffre, étant entendu que son seul désir admissible socialement c'est de ne plus avoir mal. On prétend avoir suffisamment gagné dans la connaissance de soi et dans la connaissance de l'homme pour ne plus pouvoir concevoir une quelconque méconnaissance à cet endroit.

Au contraire, on fustige les médecins qui négligeraient la souffrance par manque d'altruisme. Une tristesse un peu conséquente appelle un diagnostic d'état dépressif caractérisé et un traitement médicamenteux. Est-ce là de l'altruisme ? Ne s'agit-il pas davantage de

⁵⁴⁸ Ibid., p.114.

⁵⁴⁹ LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 19 avril 1961

⁵⁵⁰ Ibid., séance du 3 mai 1961

⁵⁵¹ Ibidem.

l'angoisse du médecin ? « Le manque de certitude, le manque de garantie auxquels le sujet se trouve confronté par rapport à ce qui lui importe » fait émerger le désir de combler ce manque⁵⁵².

Sans compter que l'altruisme recèle des pièges, précisément liés à la méconnaissance. Le sujet qui se méconnaît use de l'altruisme pour respecter sa propre image dans l'image de l'autre. L'image de soi dans l'autre est intouchable, sans quoi surgirait l'angoisse, angoisse devant l'autre non pas comme image de soi-même, mais en tant que *a*, objet de son désir, qui perturbe le Moi idéal dont l'origine se trouve dans l'image spéculaire⁵⁵³. C'est particulièrement repérable chez l'obsessionnel, altruiste jusqu'au-boutiste du « tout pour l'autre »⁵⁵⁴.

Nous avons déjà cité que « je m'aime moi-même en tant que je me méconnais essentiellement. Je n'aime qu'un autre »⁵⁵⁵. Autrement dit, si le commandement est d'aimer mon prochain comme moi-même, et si je ne m'aime moi-même que sous la forme d'un autre (vu/imaginé), alors « rien d'étonnant à ce que ce ne soit rien que moi-même que j'aime dans mon semblable ». Voilà le ressort, pour Lacan, de « la forme extensive et utilisée de l'altruisme, qu'il soit éducatif ou familial, philanthropique, totalitaire ou libéral ». L'homme fait passer son amour-propre dans cet altruisme, et selon Lacan ne fait rien passer d'autre. Comme l'indique Allouch commentant ce passage, « ce caractère narcissique fait de l'amour une "tromperie" »⁵⁵⁶. Celui qui aime peut méconnaître ce qu'il aime.

« L'amour-Lacan » propose alors autre chose que l'altruisme comme avatar du narcissisme :

« Aimer, c'est laisser l'autre être seul. Effectivement seul et cependant aimé. Un tel amour n'unifie pas, ne fabrique pas du « un » (...), ne permet pas davantage d'être à deux »⁵⁵⁷.

On pourrait ajouter ici qu'être seul, pour Winnicott, était une capacité basée sur une expérience infantile⁵⁵⁸. Une expérience insuffisante empêcherait cette capacité – être seul en présence de quelqu'un – de se développer. Serait-ce cette expérience (matrice du transfert comme de l'amitié selon Winnicott) qui est rejouée, reprise à nouveaux frais, dans la relation médicale, pour les deux protagonistes ?

S'il y a de l'amour dans la clinique médicale, il se situe aux antipodes du désir unifiant de fusion (cf. mythe d'Aristophane), mais aussi de la paire, qu'on la nomme couple, ou même colloque singulier, qui trouve là une limite prudemment indiquée : il ne s'agit pas « d'être à deux », ni d'un échange.

Cette indication « Aimer, c'est laisser l'autre être seul. Effectivement seul et cependant aimé », nous la considérons comme la lecture, en mode érotique, de la réunion des deux principes de la bioéthique (respect de l'autonomie et principe de bienfaisance), dans la

⁵⁵² Ibid., séance du 14 juin 1961.

⁵⁵³ Ibidem.

⁵⁵⁴ Ibidem.

⁵⁵⁵ LACAN Jacques, « Conférence à Bruxelles sur l'éthique de la psychanalyse », op.cit.

⁵⁵⁶ ALLOUCH Jean, *L'amour Lacan*, op.cit., p.31.

⁵⁵⁷ Ibid., p.10-11.

⁵⁵⁸ WINNICOTT Donald W, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969, p.210.

perspective d'un altruisme bien tempéré. Bien tempéré, car il ne s'agit pas non plus de mettre en avant la liberté d'autrui pour masquer notre indifférence à son endroit. Ou plutôt, il s'agit peut-être de retrouver une certaine forme d'indifférence à autrui, au sens de la non-affection que permet un attachement plus fort ailleurs (désir du médecin), qui est nécessaire pour déjouer toutes les embûches de l'amour de transfert.

C. LE THERAPON ENTRE EROS, PHILIA ET AGAPE ?

A l'époque de Freud, Ferenczi suggérait des innovations dans le transfert, allant même jusqu'à préconiser une analyse mutuelle. Par la suite, d'autres auteurs, notamment Winnicott, ont pris des libertés par rapport à la « neutralité » recommandée, et tout particulièrement lorsqu'il s'agissait de travailler avec des personnes psychotiques, ou sévèrement traumatisées par des expériences comme la guerre.

Avec le malade somatique, on se trouve également sur un terrain qui n'a souvent rien à voir avec l'atmosphère feutrée du consultoire analytique. Si dans les « troubles fonctionnels » on s'en approche peut-être davantage, dès lors que le corps est sévèrement atteint la question primordiale et immédiate n'est pas celle du désir et de la demande du malade. Ou du moins, le malade ne peut parfois rien en dire. Car il s'agit d'abord d'insuffler du vital – de l'oxygène –, un désir minimal de continuer à exister, il s'agit de combattre vigoureusement des forces négatives qui terrassent le malade (insuffisance respiratoire ou cardiaque aigues, crises douloureuses atroces de la drépanocytose ou de l'artérite oblitérante, affaiblissement général de la cachexie, etc.) alors qu'il commence à baisser les bras. Le médecin alors est davantage un *therapôn* que détenteur de l'*agalma*, *therapôn* qui tente de préserver ce qui reste de libido, d'Eros chez le patient dans sa lutte contre Thanatos. On ne saurait imaginer un médecin guettant alors le transfert du malade pour ajuster ses réponses, et bien au contraire on réclame un médecin qui désire temporairement à la place du malade pour le soutenir dans un combat qu'il ne veut plus mener quand il se laisse envahir par le désespoir : ici est la place éventuelle d'un don d'amour qui se laisserait aller jusqu'« à la capture engluante de l'autre »⁵⁵⁹, mais ici engluante non pas du fait de l'autre, mais à cause de son extrême dénuement. Canguilhem évoque « la tâche, peut-être désespérée, d'avoir à soutenir les individus en situation de détresse dans leur lutte anxieuse pour une guérison aléatoire »⁵⁶⁰.

Mais quelle est cette figure étrange qu'est le *therapôn* ? Elle nous vient de l'époque homérique. Exemple emblématique : Patrocle est le *therapôn* d'Achille. Leur lien érotique (entre *erôs* et *philia*) a été évoqué dans le *Banquet*. Mais le *therapôn* est un serviteur, ce qui nous renvoie aussi à l'éthique de l'*agapē*. *Therapôn* est un précurseur étymologique de thérapeute, ce qui accentue notre intérêt déjà éveillé par la lecture de quelques ouvrages écrits par Françoise Davoine, seule ou avec Jean-Max Gaudillière, deux psychanalystes qui ont

⁵⁵⁹ ALLOUCH Jean, *L'amour Lacan*, op.cit., p.70.

⁵⁶⁰ CANGUILHEM Georges, « Une pédagogie de la guérison est-elle possible? », art.cit., p.88.

beaucoup réfléchi la question du travail avec des fous ou des traumatisés (dont des traumatisés de guerre), des malades pour lesquels la théorie classique du transfert ne convient pas bien⁵⁶¹.

En médecine somatique, on rencontre (un peu) la folie, notamment sous la forme de l'hypocondrie délirante, qui oblige le médecin à un décentrement par rapport à quelques unes de ses habitudes relationnelles. Mais on fréquente (beaucoup) des malades qui vivent des épreuves réellement traumatisantes. Je pense notamment aux patients des services de soins intensifs ou de réanimation, qui traversent des expériences humaines extrêmes, mais aussi aux grands traumatisés de l'existence, que ce soit du fait de la maladie ou de leur parcours de vie (situations de grande précarité physique et sociale, clochards, personnes abîmées par l'alcool ou les injections de drogues ; personnes séjournant en soins palliatifs, etc.). Je pense aussi à ceux pour qui la maladie est, plus métaphoriquement peut-être, un combat, ou est vécu comme une guerre⁵⁶².

Pour toutes ces raisons, il m'a semblé que le chapitre de l'érotique serait incomplet sans l'évocation de cette figure particulière du *therapôn*. Ses caractéristiques apparaissent pleinement dans des situations spécifiques, mais peuvent aussi donner des indications précieuses qui ont une extension plus grande, pour toute pratique médicale engagée auprès de grands malades.

C.1 LES SITUATIONS QUI CONVOQUENT LE THERAPON.

Traumatismes, guerres et folie partagent quelques traits communs. Ce qu'évoquent Davoine et Gaudillière peut s'étendre aux patients qui subissent des séjours hospitaliers longs et marqués par des complications successives, des passages en réanimation et qui se trouvent presque totalement livrés pour leur survie à des appareillages artificiels, puisqu'ils ne peuvent subvenir seuls à leurs besoins vitaux élémentaires. Sujet et objet se confondent, comme l'ici et l'ailleurs, le dedans et le dehors, le passé et l'actuel. Il n'y a pas d'Autre pour répondre de l'expérience du Réel. Les garanties ont explosé, les repères sont détruits (le plus souvent sans métaphore), toute valeur s'est effondrée⁵⁶³. La genèse du sujet de la parole est alors véritablement une question de vie ou de mort⁵⁶⁴. Le monde s'écroule, la catastrophe est imminente, et il s'agit moins du refoulement classique que de l'excès des stimulations par rapport aux capacités du sujet, ainsi que de l'insuffisance du filtre du langage par lesquelles passent normalement un certain nombre de ces stimulations⁵⁶⁵. L'excès de stimulation est tel que nombre de ces malades somatiques passent par des moments de confusion, comme si leur créativité était dépassée. Davoine et Gaudillière lisent quant à eux la folie comme « le moment

⁵⁶¹ DAVOINE Françoise, GAUDILLIERE Jean-Max, *Histoire et trauma, la folie des guerres*, Paris; Stock, 2006. DAVOINE Françoise, *Don Quichotte, pour combattre la mélancolie*, Paris, Stock, 2008. DAVOINE Françoise, *La folie Wittgenstein*, Paris, Le Croquant, 2012.

⁵⁶² La guerre, pour Michel Fennetaux, ce ne se sont pas que les symptômes handicapants de la maladie de Parkinson, ce sont aussi les rebuffades insultantes des garçons de café hostiles, les esquives des chauffeurs de taxi paniqués, la condescendance cordiale du professeur de médecine (FENNETAUX Michel, *op.cit.*, p.28).

⁵⁶³ DAVOINE Françoise, GAUDILLIERE Jean-Max, *Histoire et trauma, la folie des guerres*, *op.cit.*, p.200.

⁵⁶⁴ *Ibid.*, p.38.

⁵⁶⁵ *Ibid.*, p.114.

et la dynamique du passage où un sujet tente d'exister en essayant d'inscrire un réel jusqu'ici non transmissible »⁵⁶⁶.

Pour le psychanalyste, s'il accepte de prendre en soin ces traumatisés et ces fous, il est nécessaire d'adopter de nouveaux points de vue, de nouvelles dispositions, de nouveaux dispositifs. En particulier, la neutralité habituelle contrevient en pareil cas à l'éthique⁵⁶⁷. Dans ces cas d'expériences humaines extrêmes, « l'amour ne suffit pas »⁵⁶⁸. Il s'agit ici de l'amour de transfert, qui ne peut plus être unidirectionnel⁵⁶⁹. Parfois il faut imaginer, sentir, rêver à la place du patient⁵⁷⁰, aller assez loin dans l'identification au patient⁵⁷¹. Les catégories usuelles (individu, subjectivité, intériorité) ne suffisent pas pour rendre compte de l'expérience du malade. Davoine et Gaudillière ont trouvé inspiration chez Wittgenstein (qui a connu la guerre de 14-18, et dont les frères se sont suicidés), mais aussi dans les lieux de soins psychiatriques pour les vétérans aux USA, dans le travail des analystes qui ont été des médecins sur les champs de bataille, et encore chez Don Quichotte qui traverse les désastres tout en élaborant un outil thérapeutique⁵⁷².

Quatre principes (tirés de Thomas Salmon, psychiatre américain) sont énoncés pour servir de repères aux analystes qui affrontent l'urgence des traumatismes et de la folie⁵⁷³: proximité, immédiateté, *expectancy* (qui contient une charge d'espérance que ne contient pas l'attente⁵⁷⁴), et simplicité⁵⁷⁵. Ces principes, que nous considérons comme des maximes, sont « des coordonnées amorçant la possibilité d'une relation transférentielle dans le contexte de l'effondrement d'un monde »⁵⁷⁶. On le saisit, il s'agit moins de règles techniques que de l'attitude fondamentale du thérapeute⁵⁷⁷. A l'instar de Wittgenstein prononçant sa *Conférence sur l'Éthique*, il faut y être de son propre fonds, parler à la première personne⁵⁷⁸.

Ces principes sont destinés à former une base rigoureuse pour la « dynamique d'un transfert » d'un type particulier requis par le caractère extrême de la situation. Sa visée n'est autre que « la genèse d'un nouveau lien social sur les ruines de la loyauté et donc de la parole » : « La **proximité** ouvre un nouvel espace de fiabilité face au chaos », l'**immédiateté** « une temporalité vivante au contact de l'urgence », l'**expectancy** « construit l'accueil au retour de l'enfer » et la **simplicité** est la « nécessité d'en faire état sans jargon »⁵⁷⁹.

⁵⁶⁶ Ibid., p.149.

⁵⁶⁷ Ibid., p.118.

⁵⁶⁸ Ibid., p.119.

⁵⁶⁹ Ibid., p.141.

⁵⁷⁰ Ibid., p.193.

⁵⁷¹ DAVOINE Françoise, *La folie Wittgenstein*, op.cit., p.66.

⁵⁷² DAVOINE Françoise, GAUDILLIERE Jean-Max, *Histoire et trauma, la folie des guerres*, op.cit., p.143.

⁵⁷³ Et nous pensons là encore qu'on peut les transposer en médecine somatique pour les patients traumatisés par la maladie grave.

⁵⁷⁴ Macedo propose « attente accueillante » et traduit les quatre principes : espace, temps, affect, manière (O'DWYER DE MACEDO Heitor, *Lettres à une jeune psychanalyste*, Paris, Stock, 2008, p.227).

⁵⁷⁵ DAVOINE Françoise, GAUDILLIERE Jean-Max, *Histoire et trauma, la folie des guerres*, op.cit., p.196.

⁵⁷⁶ Ibid., p.197.

⁵⁷⁷ DAVOINE Françoise, *La folie Wittgenstein*, op.cit., p.65.

⁵⁷⁸ De sa *Conférence sur l'éthique*, Wittgenstein dit qu'il a parlé de son propre fonds, à la première personne, car il s'est situé à un niveau où on ne peut parler de constat, on est aux bornes du langage (WITTGENSTEIN Ludwig, « Conférence sur l'éthique », op.cit., p.158).

⁵⁷⁹ DAVOINE Françoise, GAUDILLIERE Jean-Max, *Histoire et trauma, la folie des guerres*, op.cit., p.200.

C'est dans la description de ces principes, sur lesquels nous reviendrons, que Davoine et Gaudillière évoquent le *therapôn* : ils l'ont trouvé dans un ouvrage américain de Jonathan Shay⁵⁸⁰, qui veut rendre compte de l'importance vitale du *buddy*, du copain au combat en comparant la guerre du Vietnam avec l'*Illiade*⁵⁸¹, et s'est pour cela inspiré de l'enseignement de Gregory Nagy⁵⁸² sur l'œuvre d'Homère⁵⁸³. Nous sommes alors nous aussi retournés aux sources homériques via Davoine, Nagy et quelques autres, pour explorer la figure du *therapôn*, et compléter notre enquête sur l'érotique pour la clinique médicale.

C.2 LE THERAPON, UN SERVITEUR PRIVILEGIE

Hésiode, ce paysan devenu poète, est l'auteur du poème *Théogonie*, qui présente les dieux de la mythologie grecque. Son nom, Hésiode, signifie « celui qui émet la voix » : les Muses lui ont confié cette mission, et il se considère comme le *therapôn* (Θεράπων), le serviteur, l'auxiliaire des Muses⁵⁸⁴. Les aèdes, poètes musiciens de l'Antiquité, jouissent en effet d'un statut et d'une autorité qui tiennent au fait qu'ils sont les serviteurs (*therapôn*) des Muses, et que donc leur chant a pour rôle de « célébrer les dieux et les hommes valeureux, de créer de la gloire, du renom »⁵⁸⁵. Cette fonction de *therapôn* des Muses est peut-être celle d'un serviteur, mais elle offre aussi une « proximité avec les puissances inspirantes [qui] le met à part de la société dans un rôle où sa parole est théologique »⁵⁸⁶.

On retrouve cette idée d'un serviteur privilégié dans la Bible. *Therapôn* est un hapax dans le *Nouveau Testament*⁵⁸⁷. Il figure dans l'épître aux Hébreux (Hb 3 ; 5) : « Or Moïse fut accrédité dans toute sa maison comme *serviteur* en vue de garantir ce qui allait être dit... ». La traduction œcuménique de la Bible signale par une note que le mot grec que traduit ici serviteur (*therapôn*, donc) a un caractère honorifique. Ce passage de l'épître aux Hébreux renvoie à un verset de l'*Ancien Testament* (livre des Nombres, Nb 12;7). En voici le contexte : l'exode d'Egypte a eu lieu, la loi a été donnée au Sinaï, et le peuple erre dans le désert, subit des épreuves, se lamente. Myriam, la sœur aînée d'Aaron et de Moïse, et Aaron, se mettent à critiquer Moïse d'avoir épousé une femme étrangère, et expriment une certaine jalousie : « est-ce donc à Moïse seul que le Seigneur a parlé ? Ne nous a-t-il pas parlé à nous aussi ? ». Elohim entend cela, et donne rendez-vous aux trois protagonistes dans la tente de la rencontre. Il descend dans une colonne de nuée, et appelle Aaron et Myriam pour leur dire :

« s'il y a parmi vous un prophète, c'est par une vision que moi, le Seigneur, je me fais connaître à lui, c'est dans un songe que je lui parle. Il n'en va pas de même pour mon

⁵⁸⁰ SHAY Jonathan, *Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character*, New York, Touchstone/Simon & Schuster, 1995.

⁵⁸¹ Dans la version moderne de la guerre, Shay a dégagé la figure transférentielle qu'occupe au combat un soldat pour un autre : le « keeper of the mind », celui qui a charge d'âme.

⁵⁸² NAGY Gregory, *The ancient greek heroes in 24 hours - Heroes in epic and lyric poetry*, Harvard University Press, 2013. Nagy est un helléniste né en 1942 et professeur à Harvard.

⁵⁸³ DAVOINE Françoise, GAUDILLIERE Jean-Max, *Histoire et trauma, la folie des guerres*, op.cit., p.249.

⁵⁸⁴ HESIODE, *Théogonie*, trad. E. Bergougnan, Paris, Librairie Garnier, p.100-101.

⁵⁸⁵ DINGREMONT François, « Du pouvoir de la musique et de son détournement dans la tradition homérique », in *Musique, Pouvoirs, Politiques*, Philippe GONIN et Philippe POIRRIER (dir), Territoires contemporains - nouvelle série [en ligne] 2016 ; 6.

⁵⁸⁶ Ibidem.

⁵⁸⁷ Nous avons fait plusieurs recherches dans des thésaurus lexicaux, dont la CONCORDANCE STRONG.

serviteur Moïse lui qui est mon homme de confiance pour toute ma maison⁵⁸⁸ : je lui parle de vive voix⁵⁸⁹ en me faisant voir – et non en langage caché; il voit la forme⁵⁹⁰ du Seigneur. Comment donc osez-vous critiquer mon serviteur Moïse? »

Hésiode *therapôn* des Muses, Moïse *therapôn* de YHWH. Ce terme établit une distinction avec d'autres mots possibles pour désigner des serviteurs : *diakonos* représente le serviteur dans son activité au travail (étymologiquement *dia-konis* : quelqu'un qui court à travers la poussière) et non dans sa relation avec une personne. *Doulos* est l'esclave, en relation servile permanente avec un autre. *Hypēretēs* (ὑπηρέτης) est un serviteur de rang inférieur⁵⁹¹.

En Grèce, l'homme libre (*eleutherôs*) s'oppose à l'esclave (*doulos*)⁵⁹². Selon le théologien Richard Trench,

« la nuance entre *doulos* et *therapôn* existe réellement. *Doulos* (...) c'est proprement l'homme *lié* – quelqu'un en relation permanente de servitude par rapport à un autre, et cela, abstraction complète de tout service rendu à cet autre : mais *therapôn* c'est celui qui accomplit des services actuels sans égard au fait que c'est comme homme libre ou comme esclave qu'il les rend, sans se dire qu'il est lié par le devoir ou par l'amour ; et ainsi il s'ensuit tout naturellement que le *therapôn* fait toujours songer à quelqu'un dont les services sont plus spontanés, plus nobles, plus libres que ceux du *doulos* »⁵⁹³.

Malick Ndoye remarque qu'à l'époque homérique, les *therapôntes*, comme les thètes⁵⁹⁴ et les démiurges⁵⁹⁵,

« proviennent aussi bien de l'aristocratie que des basses couches sociales. Ces hommes libres accomplissent un "travail pour autrui" qui "implique non seulement que d'autres recueillent une partie des fruits, mais aussi qu'ordinairement ils contrôlent de façon directe le travail fait et ses modalités d'exécution" »⁵⁹⁶.

Cette catégorie sociale intermédiaire et hétérogène prend place entre les maîtres *d'oikos* (aristocrates ou paysans, ils agissent pour eux-mêmes, leurs activités et leurs travaux sont personnels), et les esclaves, subissant un travail forcé.

Je retiens, pour notre réflexion, cette nuance subtile d'un service rendu librement, sans être lié par le devoir ou par l'amour, d'un service dont l'exécution est sous le contrôle du serviteur, même si le fruit est récolté par autrui. Le *therapôn*, figure presque oxymorique d'un serviteur libre, mais aussi un homme de confiance, avec lequel on dialogue, auquel le dieu ou les muses parlent de vive voix.

⁵⁸⁸ C'est à ce passage que fait allusion l'épître aux Hébreux Hb 3,2 du *Nouveau Testament*.

⁵⁸⁹ Littéralement de bouche à bouche, ce qui évoque un dialogue, dit la note de la Traduction Oecuménique de la Bible.

⁵⁹⁰ C'est-à-dire la silhouette, car on ne peut voir la face de Dieu sans mourir.

⁵⁹¹ Ce terme est employé dans le Corpus Hippocratique (*Traité des Epidémies*, I, 5) pour désigner le médecin, *hypēretēs* de la *tekhne*. Nous y reviendrons un peu plus loin.

⁵⁹² BENVENISTE Emile, *Le vocabulaire des institutions indo-européennes*. 1..., op.cit., p.321.

⁵⁹³ TRENCH RC, *Synonymes du Nouveau Testament*, Paris, Grassard, 1869, p.34.

⁵⁹⁴ Thètes = citoyens les plus pauvres, ils sont contraints le plus souvent de louer leurs services à autrui moyennant salaire. Ce sont en quelque sorte des journaliers.

⁵⁹⁵ Démiurges = détenteurs d'un savoir-faire spécialisé (artisans, hérauts, aèdes, devins, médecins), qui offrent leurs services à la communauté. « À la différence des thètes et des esclaves capables seulement d'exercer leur force physique, les démiurges sont dotés d'un savoir-faire qui suscite l'admiration pour leur talent, voire la crainte » : NDOYE Malick, *Groupes sociaux et idéologie du travail dans les mondes homériques et hésiodique*, Besançon, Institut des Sciences et Techniques de l'Antiquité, 2010, p.141.

⁵⁹⁶ Ibidem. Malick NDOYE cite un ouvrage de Moses I. FINLEY, *Esclavage antique et idéologie moderne*.

Par contre, toujours à l'époque homériques, les médecins quant à eux sont rangés parmi les démiurges. L'idée d'être un *therapôn*, un serviteur, du malade est-elle peu conforme aux codes de l'époque ? Ils sont désignés comme ἰητήρ (« celui qui a la fonction de guérir »), ou comme ἰητρός, (« le praticien » dans l'exercice de son travail). Leur habileté est soulignée par les qualificatifs qui leur reviennent : « guérisseur de maux », « irréprochable », « habile à connaître les remèdes ». Podalire et Machaon, les deux médecins de l'*Iliade*, sont de lignée aristocratique. Les médecins ne sont donc pas des *therapôns* : « ni au service d'un dieu, ni liés à un chef »⁵⁹⁷.

Mais la première référence donnée par le dictionnaire Bailly pour le *therapôn* évoque un autre contexte que la poésie, la divinité, ou le travail domestique. Il s'agit de la guerre, et notamment la guerre de Troie. Le *therapôn*, défini comme « qui prend soin de », est, comme substantif⁵⁹⁸, en tout premier lieu un serviteur dévoué, un suivant, non synonyme de *doulos*, mais homme de naissance noble, qui remplit volontairement un service honorable (Patrocle auprès d'Achille). Serviteur des dieux serait alors un sens particulier issu de ce sens général.

C.3 THERAPON D'ACHILLE, THERAPON D'ARES : DU PHILOS AU DOUBLE RITUEL

De fait, son étymologie est obscure. Nadia Van Brock voit dans le terme grec *therapôn* un emprunt (datant probablement du second millénaire) au hittite *tarpašša- tarpan(alli)-* signifiant « substitut rituel »⁵⁹⁹. Ce qui suit s'appuie sur le travail de Nagy en particulier sur son livre *The best of the Achaeans* (Le meilleur des Achéens)⁶⁰⁰. C'est l'auteur auquel se réfère Françoise Davoine. J'ai profité également des commentaires de Guillemette Bolens⁶⁰¹.

Dans l'*Iliade*, Patrocle est désigné comme le *therapôn* d'Achille. C'est la figure par excellence du *therapôn*⁶⁰², et pour Nagy, c'est à ce titre qu'il est tué : il est son double rituel, une sorte d'*alter ego*, son substitut épique. Dans le combat contre Hector, Patrocle ne prend pas seulement les armes d'Achille, mais aussi son identité héroïque. Patrocle est, parmi les Achéens qui combattent les Troyens, le plus *philos* envers Achille. En mourant, le rôle de Patrocle est identifié à celui d'Achille. Sa mort annonce celle ultérieure d'Achille, évoquée dans l'*Odyssée*⁶⁰³.

⁵⁹⁷ NDOYE Malick, *Groupes sociaux et idéologie du travail...*, op.cit.

⁵⁹⁸ Comme adjectif, *therapôn* signifie dévoué à, serviable pour.

⁵⁹⁹ VAN BROCK Nadia, « Substitution rituelle », *Revue Hittite et Asiatique* 1959 ; 65: 117- 46.

⁶⁰⁰ NAGY Gregory, *The best of the Achaeans*, 2nd ed., Harvard, Harvard University Press, 1999.

⁶⁰¹ BOLENS Guillemette, *La logique du corps articulaire : Les articulations du corps humain dans la littérature occidentale*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2000.

⁶⁰² Les autres emplois du terme *therapôn* dans la poésie grecque ancienne seraient sémantiquement dérivés et secondaires : c'est le compagnon d'armes, c'est-à-dire l'écuyer (ex *Iliade*, VIII 104 : Méron, vaillant écuyer du héros Idoménée) ou encore le préposé, l'aide de camp (ex *Iliade* XI 843, XIX 143 : Agamemnon dit à Achille que ses *therapôns*/serviteurs vont lui apporter des présents). Θεράπων apparaît de façon déséquilibrée dans l'épopée homérique (*Iliade* : 57 occurrences ; *Odyssée* : 12 occurrences). Il désigne des guerriers, nobles pour la plupart, mais étrangers bannis de leur patrie à cause d'un crime, dans l'*Iliade* où ils jouent un rôle très important sur les champs de bataille, et des serviteurs de condition plus modeste dans les *oikoi* de l'*Odyssée*. On passe en quelque sorte de l'écuyer au majordome (en temps de paix). Ndoye explique le déclin ultérieur du *therapôn* guerrier par la réforme hoplitique (soldats- citoyens combattant en phalanges) qui les a rendus inutiles. (NDOYE Malick, *Groupes sociaux et idéologie du travail...*, op.cit.)

⁶⁰³ HOMERE, *Iliade, Odyssée*, Paris, Gallimard, « Pléiade », 1953. Désormais *Iliade*, ou *Odyssée*.

Les *therapôntes* sont des *ankhémakhoi*, des experts en corps à corps, dans le combat rapproché⁶⁰⁴. Le terme de *therapôn* suppose un lien avec un chef : c'est une relation hiérarchique⁶⁰⁵. Mais selon Nagy, les contextes où Patrocle est nommé *therapôn* d'Achille⁶⁰⁶ montrent que la force du mot va au-delà des dimensions d'un simple écuyer au combat, alors qu'il persiste un doute sur ses capacités de combattant lorsqu'il se trouve isolé d'Achille : Patrocle et lui sont des combattants équivalents aussi longtemps qu'il (Patrocle) se tient à ses côtés⁶⁰⁷. En fait Patrocle va se laisser aller par sa colère à transgresser les limites fixées par Achille⁶⁰⁸ et trouvera la mort. Nagy suggère qu'au moment où il meurt, Patrocle avait cessé d'être le *therapôn* d'Achille et qu'il était devenu le *therapôn* de quelqu'un d'autre, Arès⁶⁰⁹. Au moment de la confrontation fatale avec Apollon, Patrocle en effet est décrit comme *thoôi atálantos Árēi* (rival d'Arès impétueux) (*Iliade* XVI 784)⁶¹⁰. En tant que guerrier le héros d'épopée se qualifie comme *therapôn* d'Arès. Un *therapôn* d'Arès est un héros qui renonce à son identification au *philos* et devient l'égal d'Ares au moment de sa mort⁶¹¹.

⁶⁰⁴ *Iliade* XVI 272, XVII 165.

⁶⁰⁵ Le chef emploie des termes possessifs (mon ou mes *therapôntes*). Tous les myrmidons commandés par Achille sont ses *therapôntes*. Un *therapôn* peut avoir son propre *therapôn* : ainsi Automédon, le *therapôn* d'Achille, devient celui de Patrocle lorsque ce dernier prend la tête des myrmidons.

⁶⁰⁶ *Iliade* XVI 165 : tous les chefs des Myrmidons se rassemblent auprès du vaillant écuyer d'Achille qui va conduire la bataille en ayant revêtu les armes d'Achille. *Iliade* XVI, 244 : Achille invoque Zeus. Tandis qu'il reste à l'arrière, il envoie avec les Myrmidons son ami au combat, et demande à Zeus de faire en sorte qu'Hector apprenne si notre *therapôn* peut à lui seul guerroyer, ou si ses bras ne se déchaînent, redoutables, que lorsque moi je vais en personne affronter le tumulte d'Arès. *Iliade* XVI, 653 : Zeus se demande comment il va faire mourir Patrocle : comme c'est un noble *therapôn*, il choisit l'option où Patrocle va encore tuer de nombreux preux d'Hector avant de perdre la vie. cf. aussi *Iliade* XVII 164, 271, 388...

⁶⁰⁷ *Iliade* XVI 241–245 *Iliade* XVI, 244 : Achille invoque Zeus. Tandis qu'il reste à l'arrière, il envoie avec les Myrmidons son ami au combat, et demande à Zeus de faire en sorte qu'Hector apprenne si notre *therapôn* peut à lui seul guerroyer, ou si ses bras ne se déchaînent, redoutables, que lorsque moi je vais en personne affronter le tumulte d'Arès.

⁶⁰⁸ Les limites qu'Achille lui avait fixées étaient formulées ainsi : « attaque l'ennemi avec vigueur pour préserver les navires, sois docile à mon ordre, retiens dans ton cœur mes avis jusqu'au bout; aussitôt que les vaisseaux seront dégagés, retourne sur tes pas, repousse le désir de combattre sans moi les belliqueux troyens, car tu diminuerais ainsi mon propre honneur, ne va pas, enivré par l'ardeur de la lutte et le sang des troyens, conduire nos guerriers jusqu'aux remparts de Troie, reviens en arrière aussitôt que les nefs seront à l'abri et dans la plaine alors laisse-les tous combattre ». (*Iliade* XVI 87–96).

⁶⁰⁹ Mondzain propose une toute autre lecture, moins fidèle au texte de l'*Iliade* : « Pour qu'Achille soit Achille dans toute sa puissance, il faut que près de lui quelqu'un prenne en charge ce qui l'excède, c'est-à-dire sa fragilité et cela jusqu'à sa mortalité. C'est d'ailleurs pourquoi le *therapôn*, c'est-à-dire Patrocle, prend non seulement en charge la fragilité de son ami mais aussi ses armes, prend tous les risques à sa place et va à la mort. Le *therapôn* est le sujet du courage, c'est celui qui est prêt à risquer sa vie, qui se met en danger pour l'autre, qui se met en péril quand il prend en charge l'excès de l'autre en sa fragilité ». MONDZAIN Marie-José, « Le *therapôn*, rappel d'une histoire, défense d'une fonction », in Patrick CHEMLA (dir), *La fabrique du soin*, Ramonville Ste Agnès, Eres, « Santé mentale », 2012, p. 151-163.

⁶¹⁰ Antérieurement (*Iliade* XI 604), Patrocle, cet émule d'Arès, *isos Árēi*, est appelé par Achille et lui confie une mission chez Nestor. Homère : cet *isos Árēi* entend l'appel d'Achille, il sort de la tente, et c'est pour lui le début du malheur. Nagy souligne que la désignation ἴσος Ἀρηϊ est employée aussi pour Achille et Hector, qui va s'emparer de l'armure d'Achille après avoir tué Patrocle, et c'est à ce moment qu'Arès entre en lui (*Iliade* XVII 210)

⁶¹¹ En perdant son identification à une personne ou un groupe et en s'identifiant lui-même à un dieu qui prend sa vie dans le processus, le héros effectue une purification par transfert d'impureté. Cette dimension religieuse de purification inhérente au terme *therapôn* est retrouvée du côté de la poésie. Le poète devient un héros en renonçant à sa vie et en s'identifiant à Apollon, le chef des Muses. Par rapport à Hésiode, on peut dire que si le guerrier générique est *therapôn* d'Arès, le poète générique est le *therapôn* des muses. A ce titre, il peut aussi faire l'objet d'un culte après sa mort.

C.4 DU THERAPON AU THERAPEUTE

Le passage du *therapôn* à l'amour s'éclaire par **l'action** du *therapôn* : le *therapôn* prend soin⁶¹². On peut signaler à ce propos que la relation entre Descartes et la princesse Elisabeth, sa « meilleure amie », a été comparée à celle d'un *therapôn*, et même dans les deux sens :

« Chez Descartes et Elisabeth se mêlent proximité, confiance et identification réciproques. (...) Descartes va littéralement « seconder » Elisabeth dans son combat contre sa maladie qu'elle nomme « mélancolie ». Et Elisabeth lui sert de « double rituel », de témoin bienveillant et attentif pour mettre à l'épreuve et approfondir sa pensée, en affronter la teneur paradoxale »⁶¹³.

Dans la famille sémantique de *therapôn*, on trouve le verbe *therapeuein*⁶¹⁴. La fonction du *therapôn* est en effet aussi celle de soigneur. *Therapeuein* ne signifie pas seulement être un *therapôn* (Odyssee 13, 265), mais aussi décrit les services que doivent rendre les hommes aux dieux dont ils sont les serviteurs⁶¹⁵.

A partir du Ve siècle (av. JC), *therapeuein* signifie aussi soigner, guérir un corps, restaurer son bien-être, et plus généralement prendre soin de quelqu'un⁶¹⁶. On retrouve cette proximité dans la langue anglaise (*to care for*, utilisé aussi dans le contexte spécifique du soin de santé, et dans la proximité entre *cura* = le soin, le souci, et la cure médicale). Pour Nagy, le lien avec le

⁶¹² Si dans le texte biblique, le mot *therapôn* conserve un sens particulier, si chez Pindare (né en 522 ans av. J.-C), le *therapôn* est dévoué au service de ses hôtes, ce ne semble plus être le cas chez Hérodote (né en -480), pour qui le *therapôn* est simplement un serviteur (dictionnaire Lidell Scott). C'est également le cas chez Platon, où le terme apparaît peu et ne donne pas lieu à des commentaires particuliers (*République* livre 9, 579a ; *Lois* livre 1, 633c ; *Alcibiade A*, 122c). Dans le *Phédon* (85a), ce sont des cygnes qui sentant leur mort approcher, chantent à la perspective de bientôt rejoindre le dieu dont ils sont les *therapôntes*. Il faut tout de même évoquer le *Banquet*. Le mot *therapôn* y figure une seule fois, dans la bouche de Diotime qui nomme Eros *therapôn* d'Aphrodite, parce qu'il a été engendré lors des fêtes données en l'honneur de la naissance de la déesse. Nous avons vu auparavant ce qu'il en est des positions d'Achille et Patrocle dans le discours de Phèdre (il n'est alors pas question du *therapôn*), et nous y reviendrons à la fin de ce chapitre.

⁶¹³ SIBONY-MALPERTUS Yaelle, *Une liaison philosophique : du thérapeutique entre Descartes et la princesse Elisabeth de Bohême*, Paris, Stock, 2012.

⁶¹⁴ Dans le BAILLY : *Therapeuo* : prendre soin de, c'est-à-dire :
I. Servir, être serviteur (PLATON *Euthyphron* 13d, servir quelqu'un)
II. Entourer de soins, de sollicitude, d'où

1. honorer les dieux, les parents (PLATON *République* 467a)

En mauvaise part, choyer, flatter, courtiser

2. S'occuper de, entretenir, soigner, prendre soin, [de quelqu'un, soigner des chevaux *Gorgias* 516e, de choses, s'occuper des choses du culte, cultiver la terre *Gorgias* 513d, prendre soin de la flotte, veiller à ce que...ne...

3. Donner des soins médicaux, soigner, traiter (Hippocrate ancienne médecine 11) Platon *Lois* 684c : soigner ou traiter les corps ; Aristote *EN* 1,13, 7 : soigner les yeux.

Par analogie, porter remède aux parties d'un navire qui fatiguent

Figuré : atténuer ou faire disparaître un soupçon

⁶¹⁵ Le BAILLY donne également toute une série d'entrées construites sur la même racine : la *therapaina* est une servante, ou une femme esclave, la *therapainis*, idos, une petite servante, de même *Therapnè* (1. Servante, femme esclave 2. endroit préféré, demeure, habitation (cf double sens du latin *colere* : *colere* qui signifie « cultiver », « soigner »), *Therapnis*, idos : petite servante. La *Therapeutris*, idos est une religieuse, féminin de thérapeutèr. Le *Therapeutès* est celui qui prend soin, d'où [1. Serviteur (Xenophon), particulièrement serviteur ou adorateur d'un dieu Platon *Phèdre* 252c, *Lois* 740b; 2. Celui qui prend soin de quelque chose (du corps, etc.) Platon *Gorgias* 517e, d'où celui qui soigne les malades, médecin, Platon *Rép* 341c], alors qu'est *therapeutos* ce qui est guérissable. *Therapeutikos*, è, on est l'adjectif correspondant (qui prend soin de) d'où 1. obligeant, serviable Platon *déf* 412e; 2. serviteur pressé, courtisan 3. postérieurement : adonné au service du culte religieux II qui concerne le soin qu'on prend de quelqu'un ou de quelque chose Platon *Pol* 282a, l'art de prendre soins des vêtements III. qui a besoin de soins Aristote *Pol* 7,16,12 : tempérament qui a besoin de soins.

⁶¹⁶ NAGY Gregory, *The ancient greek heroes in 24 hours...*, op.cit., p.165.

contexte sacré est le suivant : dans ce contexte, le corps dont il faut prendre soin est soit le corps notionnel du dieu (ou sa statue, son temple), ou le corps actuel du héros qui est l'objet d'un culte.

Therapeuein, au sens de maintenir le bien-être, se soucier de, prendre soin, et au sens spécifique de soigner, guérir, est relié à l'idée d'un substitut rituel qui maintient le bien être d'un être supérieur dont il est le serviteur en se tenant prêt à mourir pour lui. C'est la fonction thérapeutique du *therapôn*. *Therapeuein*, dans la connotation affective du « s'occuper de » quelqu'un, est lié au *philos* dans le sens de « proche et cher ».

Chez Xenophon, *therapeuein* s'applique à la vigilance du médecin auprès de son malade, aux soins que l'homme donne au culte de Dieu, mais aussi à la sollicitude que les dieux montrent envers l'homme⁶¹⁷. Dans le *Nouveau Testament* (42 occurrences), *therapeuein* a aussi le double sens de : servir, assurer un service, et de guérir, apporter un remède, restaurer la santé⁶¹⁸. De même, l'expression *therapeuein heauton*, qu'on trouve chez Marc-Aurèle ou chez Epictète, signifie à la fois : « se soigner, être à soi-même son propre serviteur, et se rendre à soi-même un culte »⁶¹⁹.

L'action accomplie est celle de la *therapeia* que le dictionnaire Bailly définit comme soin, là encore dans différents contextes : le soin religieux (la dévotion, les sacrifices aux dieux⁶²⁰), les soins et le respect pour les parents (*Lois* 886 c), et par extension les soins attentifs, prévenances, sollicitude, mais aussi les soins quotidiens, l'entretien, le traitement d'animaux ou de plantes. Ce sont des soins prodigués à soi (soins du corps *Gorgias* 464b, d'où parure de femme qui se dit en latin *cultus*) ou des soins médicaux, un traitement (*Protagoras* 345a, 354a), la préparation d'un remède. Dans le *Protagoras* (345a), on se demande quel est le succès (*eupragia*) qui fait la valeur d'un médecin : c'est sa connaissance des soins (*therapeias mathēsis*) à apporter aux malades.

Le point commun des soins est qu'ils « visent au bien et au profit de ceux qui les reçoivent » (*Euthyphron* 13d). Mais peut-on dire alors que le soin rendu aux dieux les rend meilleurs? Là, il y a un obstacle sur lequel s'accordent les deux protagonistes, Socrate et Euthyphron. Faute de pouvoir déterminer un soin d'un autre genre qui convienne pour les dieux (service, aide à la production), l'idée doit être abandonnée. Ainsi se séparent, pourrait-on dire, les deux sens de la *therapeia*. Il y a des limites à l'« air de famille », quoiqu'il puisse se retrouver dans la langue : le dévouement est le « fait de vouer aux dieux quelqu'un ou quelque chose en tant que victime expiatoire » et une « disposition à servir ».

Jean Lombard analyse ainsi la séparation entre *therapeia* et *epimeleia* :

« La *therapeia* en effet, sans être aucunement dissociable des divers sens d'*epimeleia*, les dépasse dans l'affirmation nouvelle d'un type de soin lié à la connaissance et à la pratique dont est fait cet art spécialisé qu'on appelle *iatrikè tekhnē* .

⁶¹⁷ XENOPHON, *Memorables*, IV, 3 - *De la piété envers les dieux ; pourquoi ils méritent la reconnaissance des hommes et comment il faut les honorer*, 9 J'en suis à me demander, dit Euthydème, si l'unique occupation des dieux ne serait pas de veiller sur l'homme: mais une chose m'arrête, c'est que tous les animaux ont part à leurs faveurs.

⁶¹⁸ par exemple « Alors on lui amena un démoniaque aveugle et muet, et il le guérit (therapeuo), de sorte que le muet parlait et voyait. » (*Nouveau Testament*, Matthieu 12 : 22)

⁶¹⁹ FOUCAULT Michel, *L'herméneutique du sujet*, op.cit., p.95.

⁶²⁰ PLATON, *Lois* 716d : sacrifier aux dieux.

L'origine religieuse ou familiale n'est pas oubliée : le culte aux dieux et le respect des parents s'appellent encore *therapeia* chez Platon [*Phèdre* 255]. Les notions de prévenance et de sollicitude portent également ce nom. Peu à peu, cependant, à mesure que s'étend le savoir de la médecine, un sens plus spécialisé encore va s'affirmer, autour des notions d'entretien de la vie d'une part, de poursuite de la santé d'autre part. *Therapeia* signifie ainsi prise en charge des individus et des espèces en vue de leur bonne conservation [*Histoire des Animaux*, livre VI, ch. 25, 5-10], et désigne en même temps « l'art de soigner le corps » (*Gorgias*, 464 b), c'est-à-dire, chez Platon, l'ensemble formé par la gymnastique et la médecine. Se dégage alors, en se détachant de l'*epimeleia*, l'idée du soin comme une mise en pratique et une activation du savoir médical [ARISTOTE, *Métaphysique*, 1032 b]. Dans cette acception, *therapeia* est indissolublement lié à *iasis*, la guérison, de *iaomai*, qui signifie à la fois soigner et guérir : c'est ainsi tout le domaine de la thérapie qui se trouve constitué et délimité »⁶²¹.

Quand la médecine s'emparera du *therapeuein*, elle lui donnera un sens spécial : mais a-t-elle importé en même temps du *therapôn* la dimension de service ? A lire ces remarques, on peut songer que le *therapôn* est à situer davantage du côté de l'*epimeleia*, et que le médecin thérapeute a peu, si jamais, été pensé comme un serviteur à cette époque. Céline Lefève écrit pourtant ceci :

« La mission du médecin hippocratique est de saisir et de prévoir l'évolution naturelle et individuelle de la maladie, de comprendre aussi bien le déséquilibre des humeurs qui a causé la maladie que l'effort par lequel l'organisme cherche, à travers la maladie même, à revenir à l'équilibre. Le médecin grec observe, imite et encourage la nature. Il reconnaît les limites de son art devant la nécessité naturelle. De même que le *therapôn* est l'écuyer d'un guerrier ou le serviteur d'un dieu, le thérapeute grec est l'ami et le *serviteur de la nature*. Pour cette raison, il est aussi *l'ami et le serviteur du malade*. Il seconde le malade dans le combat qu'il livre contre la maladie. Il soulage ses souffrances sur la voie de la guérison ou de la mort ».⁶²²

Dans le *Corpus hippocratique*, nous n'avons pas trouvé le terme de *therapôn* appliqué au médecin⁶²³, ni la notion de médecin serviteur, sauf dans une occurrence. Dans le *Traité des Epidémies* (Livre I), la *tekhne* médicale est en effet décrite comme comportant trois termes : le malade, la maladie et le médecin (ἰητρός) :

« Le médecin est le desservant [le mot grec n'est pas *therapôn*, mais *hypēretēs*⁶²⁴] de la *tekhne*. Il faut que le malade aide le médecin à combattre la maladie »⁶²⁵.

Cette traduction de Littré est probablement fautive : Jouanna note que le texte grec signifie plutôt « il faut que le malade affronte la maladie avec le médecin », il faut qu'ils fassent alliance pour combattre la maladie, ce que la traduction de Littré efface⁶²⁶. Serviteur de la

⁶²¹ LOMBARD Jean, « Aspects de la *technê* : l'art et le savoir dans l'éducation et dans le soin », art.cit.

⁶²² LEFEVE Céline, « La philosophie du soin », *La Matière et l'esprit* 2006 ; 4 (« Médecine et philosophie ») : 25-34.

⁶²³ Dans *Du régime des maladies aiguës*, les therapontes sont les gens de maison qui donnent le bain au malade. HIPPOCRATE DE COS, « Du régime des maladies aiguës », in *Cœuvres complètes Tome VI 2^e partie*, trad. Robert Joly, Paris, Les Belles Lettres, 2003, p.65.

⁶²⁴ Par ailleurs, les assistants des médecins sont désignés du terme collectif d'*hyperetai*. JOUANNA Jacques, *Hippocrate*, op.cit., p.131.

⁶²⁵ HIPPOCRATE DE COS, *La consultation*, trad. E Littré, Paris, Hermann, 1986, p.13 (*Traité des Epidémies*, I, 5).

⁶²⁶ Ibid., p.13, note. De fait, ce passage est souvent traduit ainsi : « Le médecin est le serviteur de l'art, il est indispensable que le malade aidé par le médecin, s'oppose à la maladie » (PIERRON Jean-Philippe, « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences sociales et santé* 2007 ; 25 (2) : 43-66). Dans un ouvrage plus récent Jouanna traduit ainsi : « le malade doit s'opposer [hyperantiousthai] à la maladie avec le médecin ». JOUANNA Jacques, *Hippocrate*, op.cit., p.481.

tekhne : le supplément « serviteur de la nature » est attribuable à Galien – qui voue à la nature une grande admiration⁶²⁷, et qui amplifie la notation hippocratique de la nature comme médecin⁶²⁸.

D'Hippocrate à nos jours, nous avons pisté en vain le *therapôn*. Dans les textes plus récents que nous avons fréquentés, la notion de serviteur n'apparaît d'ailleurs qu'exceptionnellement, alors que se banalise l'expression *être au service* : « Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique... », ainsi débute le Code de déontologie. Chez Canguilhem la notion est une fonction en tension. Ainsi, un malade qui demande à mourir peut ébranler les certitudes de celui qui croit devoir être le « serviteur de la vie »⁶²⁹. Ailleurs, le service pourrait être un faux-semblant, et l'homme moderne « appréhende confusément, à tort ou à raison, que la médecine en vienne à le déposséder, sous couleur de le servir, de son existence organique propre »⁶³⁰. Les médecins se considèrent « Serviteurs, conseillers et directeurs de leurs malades » et sont mal à l'aise dans le débat sur l'expérimentation⁶³¹.

C.5 LE THERAPON CONTEMPORAIN

Que retenir alors de l'histoire du *therapôn* pour notre actualité ? Nous ne suivrons pas Mondzain qui suggère que « le coach s'avère la traduction néolibérale du *therapôn* »⁶³². Le principe repéré dans l'*Illiade*, puis chez Cervantès⁶³³, et qui ressort aussi des leçons produites par les psychanalystes qui se sont aventurés dans le champ du traumatisme et de la guerre est le suivant :

« Pour la survie psychique, un *therapôn* est nécessaire, comme l'appelle Homère, un second au combat à qui il est vital de parler. Patrocle pour Achille, et pour Don Quichotte Sancho Pança »⁶³⁴.

Le *therapôn*, c'est celui ou celle qui permet de ne pas être seul quand on est en menace de disparition⁶³⁵. C'est donc une présence vitale en temps de crise extrême⁶³⁶. Ainsi, quand Don

⁶²⁷ JOUANNA Jacques, « La notion de nature chez Galien », in : GALLI MILIC Lavinia, BARNES Jonathan, JOUANNA Jacques, BARRAS Vincent (dir), *Galien et la philosophie*, Genève, Fondation Hardt, 2003, p.261.

⁶²⁸ CANGUILHEM Georges, « L'idée de nature dans la pensée et la pratique médicale », art.cit., p.18. Selon Jouanna, le médecin hippocratique respecte la nature, la prend pour critère de l'art, mais peut aller jusqu'à la contredire.

JOUANNA Jacques, *Hippocrate*, op.cit., p.488.

⁶²⁹ LEFEVE Céline, « Le droit à la mort peut-il être reconnu par la médecine ? À propos du dialogue radiophonique « Le droit à la mort » entre Georges Canguilhem et Henri Péquignot (1975) », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* 2010/1 ; 4 : 13-52.

⁶³⁰ CANGUILHEM Georges, « Thérapeutique, expérimentation, responsabilité », art.cit.

⁶³¹ Ibidem.

⁶³² MONDZAIN Marie-José, « Le therapôn, rappel d'une histoire, défense d'une fonction », art.cit.

⁶³³ Don Quichotte est animé d'une folie qui explore les reviviscences traumatiques de l'auteur, Cervantès, lequel part à 24 ans à la guerre contre les Turcs, se retrouve en esclavage au bague à Alger pendant 5 ans, et ne rentre en Espagne qu'après 10 ans d'exil. Le livre est écrit « sous l'angle de la talking-cure psycho-dynamique, entre Don Quichotte et Sancho Pança, quand ils se parlent après chaque crise de reviviscences traumatiques » (DAVOINE Françoise, *Don Quichotte, pour combattre la mélancolie*, op.cit., p.21).

⁶³⁴ Ibid., p.18.

⁶³⁵ Ibid., p.103.

⁶³⁶ Par exemple, Hélène Ewencyk rapporte des éléments de son parcours analytique et des traumatismes qu'elle a vécus, et évoque un de ses analystes comme un *therapôn*, quelqu'un avec qui elle pourrait aller au combat et affronter certains dangers. EWENCYK Hélène, « J'arpente le jour. Le temps du « bruit », le temps de la peur, le temps des pluriels », *Che vuoi ?* 2009/1 ; 31 :81-97.

Quichotte s'en prend aux moulins à vent, et qu'il se trouve dans un état d'égarement, qu'il a perdu toute mesure humaine (reviviscence des violences de la guerre), Sancho Pança

« inaugure son travail thérapeutique qui consiste d'abord à regarder les blessures, à redonner forme à ce corps désarticulé, et à lui parler. Il prend la résolution de dire à sa place la faim, la fatigue, la douleur, que Don Quichotte est bien en peine d'exprimer »⁶³⁷.

Si nous avons repris un peu plus haut l'idée d'Allouch (aimer, c'est laisser l'autre être seul), ici, il s'agit en apparence de tout le contraire. Le propre du *therapôn*, c'est celui qui ne laisse pas seul au moment de la disparition possible. S'agit-il alors uniquement de circonstances particulières, qui font exception à la règle générale ? Nous proposerons un peu plus bas un rapprochement des deux idées.

Il est aussi question de la proximité physique, d'un « corps à plusieurs »⁶³⁸, « proximité qui permet de construire d'abord un miroir, quand, au réveil d'un coma, on a perdu la face »⁶³⁹; et encore, d'un savoir reconnu à l'autre : Cervantès écrit que « seul Sancho Pança pensait que tout ce que disait son maître était vérité, sachant qui il était et l'ayant connu depuis sa naissance »⁶⁴⁰. Le *therapôn* prend le temps de l'anamnèse biographique. Il ne dédaigne pas le « premier baume » qui consiste en « paroles de réassurance » relevant du simple « savoir-vivre »⁶⁴¹. Plus technique, il a recours à l'art de raconter des histoires pour distraire, pour braver les monstres de la nuit⁶⁴². Averti, il « ne peut attendre la demande de celui qui a renoncé au commerce des hommes. Mais il doit s'attendre par contre à la question « Qui êtes-vous ? »⁶⁴³ C'est-à-dire qu'il est prêt à des libertés par rapport au standard du traitement⁶⁴⁴.

Le *therapôn* ne s'arrête pas aux recommandations de prudence, « de ne pas faire intrusion dans le monde si fragile de nos patients », car ces mises en garde « ignorent la solidité des défis qui nous sont lancés, avec l'espoir fou que nous nous risquons dans la bagarre », à partir « de notre propre fond »⁶⁴⁵. Sans évoquer la figure du *therapôn*, O'Dwyer de Macedo dit quelque chose d'analogue : « dans toute situation clinique limite, l'essentiel du travail se fait d'abord chez l'analyste – c'est lui qui porte le transfert – et dépend donc à la fois de son investissement et de sa créativité »⁶⁴⁶. De même, ce qu'écrit Laurie Laufer sur la clinique de l'informe (elle appelle ainsi le travail analytique avec des personnes fortement traumatisées) rappelle, sans qu'elle y fasse référence explicitement, certains des traits du *therapôn* : le « corps à corps psychique » est une proximité particulière; le retour à la sensorialité de la parole, une simplicité inusitée⁶⁴⁷.

A contretemps de la formation des soignants, qui entend « substituer à un comportement purement subjectif un savoir clinique objectif »⁶⁴⁸, il s'agit, pour les soignants engagés auprès

⁶³⁷ DAVOINE Françoise, *Don Quichotte, pour combattre la mélancolie*, op.cit., p.110.

⁶³⁸ DAVOINE Françoise, GAUDILLIERE Jean-Max, *Histoire et trauma, la folie des guerres*, op.cit., p.131.

⁶³⁹ Ibid., p.154.

⁶⁴⁰ Ibid., p.136.

⁶⁴¹ Ibid., p.164.

⁶⁴² Ibid., p.188.

⁶⁴³ Ibid., p.214.

⁶⁴⁴ Voir par exemple CHEMLA Patrick, « Neutralité malveillante », *La clinique lacanienne* 2009/1 ;15 : 43-59.

⁶⁴⁵ DAVOINE Françoise, GAUDILLIERE Jean-Max, *Histoire et trauma, la folie des guerres*, op.cit., p.237.

⁶⁴⁶ O'DWYER DE MACEDO Heitor, *Lettres à une jeune psychanalyste*, op.cit., p.35.

⁶⁴⁷ LAUFER Laurie, « L'informe et le transfert », *Recherches en psychanalyse* 2005/1 ;3 : 85-96.

⁶⁴⁸ GUERIN Anne, CACHARD Claudie (dir), *Manuel poétique et pratique à l'usage des soignants...*, op.cit., p.40.

de patients psychotiques, d'engagement (à tenir malgré les difficultés), de tentatives réitérées (assumer d'être démuné sans renoncer), d'improvisation (qui suppose un immense travail) dans l'art d'être-là, de déplacement (des points de vue les plus assurés)⁶⁴⁹. Changer de point de vue est un conseil technique quand l'enquête diagnostique patine. Ici, nous en soulignons la dimension érotique : accepter d'être déplacé par l'autre, c'est se prêter à être le support d'un transfert.

Ces situations qui convoquent la microcréativité du thérapeute se faisant *therapôn* quand la situation le commande, s'appuient en réalité sur le « roc dur » de la pratique soignante. En effet, les principes que nous avons rappelés au début de ce chapitre (proximité, immédiateté, *expectancy*, simplicité) sont des maximes qui rapprochent singulièrement ces pratiques psychanalytiques *atypiques* de l'*ordinaire originel* (le roc dur) des pratiques soignantes en soins somatiques.

Le chaos de l'épreuve somatique requiert vitalemment la **proximité** du médecin (et c'est probablement plus vrai encore des infirmières et aides-soignantes) et des gestes **immédiats** qui assurent *a minima* le sentiment de « continuité d'existence » comme dirait Winnicott⁶⁵⁰. Ici, le terme de « prise en charge » est à prendre à la lettre : les soignants se chargent des besoins corporels du malade. Si la situation du patient semble lancer un défi, il faut relever le gant, et « relever le gant, c'est aller immédiatement au contact, donc parler. Il ne s'agit pas d'attendre passivement la suite : il n'y a pas de suite »⁶⁵¹. Et avant la parole, il y a aussi souvent le toucher du corps de l'autre. L'*expectancy* renvoie selon moi à l'hospitalité première, qui construit l'accueil sans attendre la formulation d'une demande, qui vient au-devant du malade et lui signifie concrètement qu'il a une place « réservée », autrement dit qu'il est « aimé »⁶⁵². La **simplicité** est aussi l'ordinaire des pratiques des soignants non médecins. Elles sont accomplies généralement sans jargon, sans aversion non plus⁶⁵³. Pour les médecins, c'est une maxime qui semble plus difficile à adopter⁶⁵⁴. Michel Fennetaux décrit par exemple la condescendance cordiale du « Grand Professeur », et y voit l'effort « d'annuler le désarroi devant le

⁶⁴⁹ Ibidem.

⁶⁵⁰ JAEGER Philippe, « La santé selon Winnicott : les rapports psyché-soma », *Revue française de psychosomatique* 2009/2 ;36 :129-45.

⁶⁵¹ DAVOINE Françoise, GAUDILLIERE Jean-Max, *Histoire et trauma, la folie des guerres*, op.cit., p.211.

⁶⁵² Un psychothérapeute écrit ceci : « Je suis persuadé qu'il n'y a pas d'évolution possible dans une thérapie avant que le patient ne se sente quelque part, lui aussi, « aimé ». Aimé pour soi, sans que le thérapeute en attende un bénéfice personnel quelconque, accueilli tel qu'il est, compris et soutenu. Ici il ne s'agit plus de technique ni de savoir-faire, mais de savoir « être avec ». N'oublions pas que *thérapein* en grec signifie *être au service de...* avant même de signifier « soigner », le *thérapon* étant chez Homère le *serviteur*. La vraie mutation vers le changement possible se fait à ce niveau-là. (CACCAMO Joseph, « Le mythe d'Aphrodite », *Cahiers de Gestalt-thérapie* 2011/2 ;28 :27-38).

⁶⁵³ Alors que l'effet de la maladie visible dans le regard de l'autre peut produire un effet de retour dévastateur : « j'en suis encore tout chambardé : je t'ai vue te défaire sous mes yeux ; il n'a pas fallu plus d'un instant. Lorsque nos regards se sont croisés (...) j'ai vu quelque chose qui s'effondrait en toi ». (FENNETAUX Michel, op.cit., p.13).

⁶⁵⁴ Les regards qu'on porte sur Michel Fennetaux, atteint de maladie de Parkinson (la maladie de Parkinson, par les troubles moteurs qu'elle induit, ne passe généralement pas inaperçue, en dehors de ses formes de début) sont rarement des regards « simples », qui n'expriment qu'une chose et ne l'affectent pas ; ils sont le plus souvent complexes, ambivalents, et le plongent dans l'angoisse. « Je les surprends souvent quand ils m'observent à la dérobée, mais l'instant le plus instructif est celui où ils me voient les voir, où ils s'aperçoivent que celui qui les regardait les a surpris en train de le regarder. Et dans ces regards surpris, je vois de l'ébahissement, de la stupéfaction, de la sidération, et comme une expression de vertige à découvrir qu'un regard habite cette 'chose' qu'ils regardaient ». FENNETAUX Michel, op.cit., p.37.

surgissement d'une figure insoutenable »⁶⁵⁵. Cette simplicité est aussi attendue des amis. Catherine Lord écrit ainsi sur son expérience – elle a averti ses amis qu'elle allait devoir subir un traitement pour un cancer du sein : « Les larmes montent. C'est leurs figures. Peuvent-ils refouler leur propre peur à propos de leur propre mort ? Peuvent-ils simplement être là ? »⁶⁵⁶

Ce que certains appellent à présent le « Professional loving care » (PLC) est peut-être à rapprocher de la position du *therapôn*⁶⁵⁷. Ce rapprochement est-il hasardeux ? Toujours est-il que Van Heijst explique que le concept de PLC, non limité d'ailleurs aux soins de santé, est proche des soins tendres, du toucher délicat qui sont nécessaires à l'épanouissement humain et à l'entretien des choses dans la vie quotidienne. On retrouve ici la simplicité. Le PLC s'exprime aussi par la solidarité concrète, institutionnelle et légale, avec les membres les plus fragiles de la société. N'est-ce pas manifestation de l'attente et de l'espoir ? Enfin, le dévouement personnel du professionnel, adressé aux autres en détresse dans leur généralité, mais toujours de manière concrète vis-à-vis des autres qui sont effectivement présents avec leur besoin d'assistance, renvoie à la proximité.

C.6 EROTIQUE ET ETHIQUE DU THERAPON.

Il convient de bien situer cette figure du *therapôn* dans le contexte qui en a précédé l'exposition, et regarder de près sa position dans l'érotique. Nous verrons ensuite quel est son régime éthique.

6.1. Erotique du *therapôn*

Quel est le régime érotique du *therapôn* ? Pour Davoine,

« Les affects qui animent cette relation vitale transcendent ceux de l'amour, et les stéréotypes interprétatifs passent complètement à côté des nécessités et des obligations de cette place mutuelle »⁶⁵⁸.

Tentons cependant d'user de ce que nous avons vu antérieurement. Dans le *Banquet*, le lien entre Patrocle et Achille est rapporté par Phèdre, qui conteste l'assertion d'Eschyle selon qui Achille aimait (*eran*) Patrocle. Cela ne correspond pas aux codes : Patrocle plus âgé est l'éraсте (*Banq.* 179e), et Achille, plus jeune et très beau, l'aimé (éromène). Il faut être inspiré par Erôs pour être un héros (*Banq.* 179b). On a donc, dans l'*Iliade*, Patrocle *therapôn* d'Achille puis d'Arès, et dans le *Banquet*, j'avance cette conjecture, Patrocle *therapôn* d'Erôs et éraсте d'Achille⁶⁵⁹. C'est parce qu'il est *therapôn* d'Achille qu'il combat à sa place et s'égale au dieu

⁶⁵⁵ Ibid., p.28.

⁶⁵⁶ LORD Catherine, *L'été de Sa Calvitie* (2004), trad. Denis Petit, Paris, Unebévuedéiteur, 2006, p.17.

⁶⁵⁷ VAN HEIJST Annelies, « Professional Loving Care ... », op.cit.

⁶⁵⁸ DAVOINE Françoise, GAUDILLIERE Jean-Max, *Histoire et trauma, la folie des guerres*, op.cit., p.251.

⁶⁵⁹ L'affaire pourrait être encore plus complexe, car Patrocle est non seulement le *therapôn* personnel d'Achille, mais aussi son *philos*, son ami le plus cher, son ami le plus proche, son alter ego au sens d'une identification (et non plus d'un double rituel ?). Toutefois, Jean Lauxerois remarque que *philos* est employé par Homère comme un simple possessif, et marque une appartenance (le mien, le tien...) sans indiquer un lien affectif particulier. Parler de l'amitié entre Achille et Patrocle comme modèle de la *philia* serait abusif car tardif dans le texte Ce n'est qu'après la mort de Patrocle qu'Achille le désigne comme « mon cher compagnon » [*philos hetairos*] (...) que « j'honorais entre

Arès ; c'est parce qu'il est animé par Erôs (lui-même *therapôn* d'Aphrodite) qu'il s'éprend d'Achille. Le passage du *therapôn* à l'amour s'éclaire par l'action du *therapôn* : le *therapôn* prend soin. Marion pourrait y voir une figure de l'amant. Le *therapôn* se départit de ce qu'il a et de ce qu'il est, pour ne s'assurer que de ce qu'il fait⁶⁶⁰. Il promet « Me voici ! »

Notons que le passage du *Phèdre* dont nous avons fait état en parlant de la réciprocité érotique (donc dans un tout autre contexte) établissait ainsi le lien entre *therapeia*, *erôs*, et *philia*.

« Il arrive enfin qu'à force de recevoir comme un dieu (*isotheos*) toutes sortes d'hommages (*therapeian*) d'un amant (*erōntos*) sincèrement épris, le jeune homme naturellement disposé à l'aimer (*phusei philos tō therapeuonti*) en vient à partager les sentiments de celui dont il reçoit les adorations » (*Phèdre* 255a).

Le *therapôn*/thérapeute y est aussi l'éraсте, et l'aimé fait l'objet d'une dévotion. Etre dévoué à ses malades, est-ce alors se faire l'éraсте/thérapeute du malade ? Notons aussi avec Socrate dans l'*Euthyphron* (12c) que c'est parce qu'on l'aime qu'une chose est aimée, et non qu'on l'aime parce qu'elle est aimable. Davoine et Gaudillière suggèrent une *philia* particulière par le lien inconditionnel qu'elle implique, une relation « si intense que le mot grec *philia* en devient difficile à traduire, car elle est plus et autre que l'amitié ou l'amour »⁶⁶¹. Mais l'amour du *therapôn* ne partage-t-il pas des aspects de l'*agapē* ? L'idée du service y est prégnante. L'absence de réciprocité également. Son inconditionnalité renvoie aux principes d'action (immédiateté) du *therapôn*, qui incarne aussi une forme de « gratuité pure de la donation » désintéressée. En réalité, le *therapôn* est un exemple démonstratif des limites d'une catégorisation qui sépare *erôs*, *philia* et *agapē*.

Du côté du malade, le rapport à l'autre se questionne autrement. Michel Fennetaux s'interroge ainsi : si jouir d'un objet dépend de la capacité à obtenir de l'autre qu'il soit cet objet, ou que l'autre serve de médiation vers l'objet, alors qu'est-ce qui importe : l'objet ? la bienveillance de l'autre ? La capacité à se faire aimer de l'autre ? Tire-t-on jouissance de l'objet ou du don de l'objet ? Le malade est aussi un séducteur contraint à séduire, un séducteur par dépendance, par nécessité, pour survivre⁶⁶². Mais il peut aussi de ce fait être inconsciemment haineux autant que reconnaissant en apparence vis-à-vis de ceux dont il dépend, à la merci de qui il se trouve⁶⁶³. « Que la jouissance attendue d'un objet tienne au moins autant à l'accès à l'objet qu'à la manifestation de l'amour de l'autre n'est certainement l'apanage de personne »⁶⁶⁴, mais celui qui dépend objectivement d'autrui ne peut pas ignorer la présence de l'autre dans sa propre jouissance.

« Plus nous sommes dépendants, plus nous sommes confrontés à des désirs énigmatiques, le nôtre et celui de l'autre, car leur visée exacte nous échappe au moins autant aux uns qu'aux autres »⁶⁶⁵.

tous autant que moi-même » (Iliade XVIII 82-83) (LAUXEROIS Jean, *La beauté des mortels: Essai sur le monde grec à l'usage des hommes d'aujourd'hui*, Paris, Desclée De Brouwer, 2011).

⁶⁶⁰ MARION Jean-Luc, *Le phénomène érotique*, op.cit., p.122-3.

⁶⁶¹ DAVOINE Françoise, GAUDILLIERE Jean-Max, *Histoire et trauma, la folie des guerres*, op.cit., p.254.

⁶⁶² FENNETAUX Michel, op.cit., p.156.

⁶⁶³ Ibid., p.157.

⁶⁶⁴ Ibidem.

⁶⁶⁵ Ibidem.

Mais tout *infans* comme tout humain dépendant est soumis à la question :

« comment se débrouiller avec le fait que, de l'absence ou de la présence d'un autre, dépende qu'il vive ou défaille et meure » ?⁶⁶⁶

On peut saisir ainsi l'extrême délicatesse qui est requise de la part du *therapôn*. Roland Barthes en caractérise quelques « scintillations » (ce qui brille par éclats, en désordre, fugitivement)⁶⁶⁷, que je reprends ici pour notre propos. La *minutie*⁶⁶⁸ témoigne d'un art, c'est-à-dire d'une « pratique fine de la différence ». La délicatesse est alors de « ne pas traiter les objets de la même façon : traiter l'apparement même comme différent ». Alors, que sous couvert du principe de justice, on s'emploie le plus souvent à dire qu'il faut « traiter de manière similaire les cas similaires », ici l'accent est mis sur l'attachement à la singularité. La *discrétion*⁶⁶⁹ agit sans donner à voir qu'on agit. Dans le champ de l'amour, cela signifie de « ne pas peser sur l'autre par des manifestations démonstratives »⁶⁷⁰. La *métaphorisation* est la délicatesse dans l'usage de la parole, dans le choix des mots, pour dire la maladie, sa gravité, le pronostic, etc. « En choisissant sa langue, on choisit son réel »⁶⁷¹. Face au grand malade, ou dans des situations de grande douleur, il faut parler avec délicatesse. Par exemple, la crise aiguë drépanocytaire réalise un état douloureux extrême, qui correspond à une ischémie osseuse. La personne en crise est en proie à des douleurs intenses et taraudantes, et le plus souvent lui adresser la parole pour l'interroger, l'examiner, est déjà une violence. D'un autre côté, les protocoles de titration morphinique supposent des interrogations réitérées sur le niveau ressenti de douleur. Être délicat suppose alors, dans le choix des mots, dans l'esthétique des conduites soignantes, de ne pas être redondant, répétitif. De prendre appui sur des signes ténus plutôt que de forcer le malade à s'inscrire répétitivement « sur une échelle de 0 à 10 » comme le commande le protocole. La langue fonctionnelle, les stéréotypes, créent un réel gris, uniforme.

Barthes souligne aussi que le délicat renvoie socialement au précieux, « frappé d'interdit par protestation virile », à l'efféminé, au décadent. En médecine, la question première n'est pas celle des convenances sociales. Par contre, il faut assumer de situer sa pratique dans « les marginalités non récupérables par aucune mode »⁶⁷². La vie malade est à la marge de la santé. La vie hospitalière est dans les marges de la vie sociale normale. Dans ce lieu de l'hôpital, la délicatesse est de refuser le conformisme de cette marge, avec ses modes propres. Autrement dit, d'être marginal dans les marges. Cela ne suppose aucune excentricité de commande, mais de renouer par exemple avec l'usage commun de la langue, par exemple par le bavardage, la conversation, en-dehors des seules communications d'informations utiles.

⁶⁶⁶ Ibid., p.160.

⁶⁶⁷ BARTHES Roland, *Le Neutre*, op.cit.

⁶⁶⁸ Barthes parle de l'art du thé.

⁶⁶⁹ DICTIONNAIRE *Trésor de la Langue Française Informatisé* : 1. La discrétion implique la faculté de discerner, le pouvoir de décider 2. La discrétion implique la réserve, la mesure, la modération : Qualité d'une personne qui apprécie justement les actes ou les paroles qui peuvent choquer, gêner ou peiner. *Mettre de la discrétion dans sa conduite*. Synon. *délicatesse, réserve, tact*. Caractère de ce qui n'attire pas l'attention, ne se fait pas remarquer, est de bon ton. 3. La discrétion implique ou suppose le secret.

⁶⁷⁰ BARTHES Roland, *Le Neutre*, op.cit., p.60.

⁶⁷¹ Ibid., p.64 : « ce n'est pas le même réel, le même contact, de dire à l'être désiré : ma langue sur ta peau ou mes lèvres sur ta main ».

⁶⁷² BARTHES Roland, *Le Neutre*, op.cit., p.64. Quand par exemple l'empathie verbalisée, marginale par rapport à « l'information du patient », devient une mode, alors elle devient conformiste.

Or le principe de délicatesse est sous-tendu, et ses conduites sont déterminées « par quelque chose qui est comme un état amoureux », « décroché du vouloir-saisir »⁶⁷³. C'est ici qu'on peut rapprocher la proximité immédiate du *therapôn* avec le « laisser l'autre être seul ». La proximité, parfois vitale, n'enferme pas l'autre, même si, et surtout quand tout semble l'y autoriser.

« Chaque fois que dans mon plaisir, mon désir, ou mon chagrin, je suis réduit par la parole de l'autre (souvent bien intentionnée, innocente) à un cas qui relève très normalement d'une explication ou d'une classification générale, je sais qu'il y a manquement au principe de délicatesse »⁶⁷⁴.

Chaque fois que la parole du médecin rabat l'individuation du malade à un cas générique (dément, éthylo-tabagique, fonctionnel, diabétique, etc.), il y a manquement au principe de délicatesse.

« J'appellerai volontiers le refus non violent de la réduction, l'esquive de la généralité par des conduites inventives, inattendues, non paradigmatiques, la fuite élégante et discrète contre le dogmatisme, bref le principe de délicatesse, je l'appellerai en dernière instance : la douceur »⁶⁷⁵.

Le grand malade somatique exemplifie dans sa chair ce que signifie d'être à vif. Le simple toucher doit donc être délicat.

6.2. Ethique du *therapôn*

Quel est le régime éthique du *therapôn* ? Ce n'est pas l'altruisme qui est le guide, comme on aurait pu le croire spontanément ; mais, tant qu'à faire, plutôt l'exploit, tel celui de nouer des éléments épars survivant à une catastrophe, « pour que renaisse un sujet rayé de sa propre histoire »⁶⁷⁶. On retrouve là des notations de Lacan sur le contre-transfert. L'analyste a « un pied dans le bain, ou au feu, de la folie, il se mouille et se brûle, mais non sans avoir un pied sur la terre ferme d'où il prend appui pour tirer l'autre de l'enfer »⁶⁷⁷.

Il est également question du courage. Celui de la rencontre en premier lieu, car le malade peut être défiguré, perturbé, agité, agressif, etc. Il faut le témoignage des malades pour prendre conscience des efforts que fait l'entourage pour fuir, rejeter, esquiver une rencontre inquiétante⁶⁷⁸ : « Comment celui dont le spectacle suffit à mettre en péril des repères de base pourrait-il être côtoyé sans susciter de l'inquiétude ? »⁶⁷⁹ Comme toute vertu, le courage suppose une pratique assidue, une ascèse, ici du regard, pour ne pas être ébahi ou sidéré et pouvoir rencontrer un autre « que tu as avant tout peur d'être », et ne pas souhaiter, « ne serait-

⁶⁷³ Ibid., p.65. Barthes cite un auteur japonais qui décrit le *sabi*, un complexe de valeurs-sensations : « la simplicité, le naturel, le non-conformisme, le raffinement, la liberté, la familiarité étrangement mitigée de désintéressement, la banalité quotidienne exquieusement voilée d'intériorité transcendante ».

⁶⁷⁴ Ibid., p.66.

⁶⁷⁵ Ibid. p.67.

⁶⁷⁶ DAVOINE Françoise, GAUDILLIERE Jean-Max, *Histoire et trauma, la folie des guerres*, op.cit., p.248.

⁶⁷⁷ Ibid., p.251.

⁶⁷⁸ « Dans l'entourage des malades, la maladie développe des sentiments étranges : de la haine jusqu'à l'amour dévorant, en passant par le mépris, sentiments qui d'ailleurs ne doivent rien aux tendresses ou aux haines qu'inspirent l'être sain. Tel amour passionné se brise ; de vieilles rancunes filiales, conjugales, naît le dévouement le plus sublime ». REVERZY Jean, « La vraie vie » ; op.cit.,p.605.

⁶⁷⁹ FENNETAUX Michel, op.cit., p.39.

ce qu'à ton insu, son anéantissement immédiat, et par tout moyen à ta disposition : la fuite, l'évanouissement, le meurtre, etc. ? »⁶⁸⁰.

On songe ici à Levinas, et au visage. Ici c'est la perception, dans un corps presque réduit à une mécanique dérégulée et hors d'usage, d'un regard humain, qui trouble la tranquille assurance de celui qui dé-visage le malade. L'autre me dérange. On se situe là avant toute réponse à la demande.

Le *therapôn* est déjà celui qui ne prend pas la fuite, qui ne s'évanouit pas. Présence d'avant toute mise en œuvre d'un savoir-faire spécialisé. Le *therapôn* répond à un appel, à un cri qui n'est pas encore une demande⁶⁸¹. Proximité simple. Mais cette proximité n'est pas fusion, ne fait pas Un. Trop lointain, sa présence frise l'indifférence. Trop proche, elle peut être envahissante. On retrouve l'éthique du tact. Même les postures extrêmes (souhaiter – côté malade – être totalement pris en charge et répondre puissamment au besoin de l'autre – côté médecin), ne font pas franchir la limite qui fait qu'il y a deux corps⁶⁸². L'expérience de solitude radicale que vit le grand malade n'est pas annulée par la proximité immédiate du *therapôn*. Tout au plus peut-être la rendre vivable, et ce n'est pas rien. Nous reverrons plus tard encore en quoi le *therapôn* est courageux (Cf. chapitre XIII).

C'est avant tout le courage du malade que le *therapôn* assiste de sa présence. Fennetaux raconte comment son imagination a des effets magiques, comment il ruse avec la tristesse⁶⁸³. D'un côté ces subterfuges doivent, pour être efficaces – c'est-à-dire permettre « de circonscire un petit peu de souffrance » –, rester naïfs et spontanés⁶⁸⁴. Mais d'un autre côté, la souffrance « recèle un noyau irréductible » sur lequel les expédients se heurtent et s'avèrent finalement impuissants⁶⁸⁵. Dans cette situation, Fennetaux écrit qu'il « trouve dans la précarité la source d'une éthique de combat »⁶⁸⁶, « combat auquel [comme le *toro bravo* dans l'arène] il est provoqué, mais aussi dont il ne saurait décliner l'invite »⁶⁸⁷, un combat pour rien : « se battre pour se battre »⁶⁸⁸, « combattre malgré l'incalculable disproportion des forces en présence, le dos au mur, même si c'est en pure perte, pour l'honneur ! »⁶⁸⁹. Lui aussi est dans une perspective de l'exploit pur, une éthique qui « est un défi : inventer sans trêve une manière humaine d'habiter l'inhumain »⁶⁹⁰. C'est une résolution, pas une résignation. Mais c'est un héros précaire, et « cette éthique de la précarité me donne juste assez de ressort, mais c'est aussi le ressort juste, certains jours, ou à certaines heures, pour pouvoir encore vivre »⁶⁹¹. La crise que représente la maladie, si elle est intense, peut faire entrevoir au malade une dimension qu'il portait en lui sans le savoir, où sont entrelacés vivre et mourir, douleur du corps et

⁶⁸⁰ Ibid., p.40.

⁶⁸¹ LEVINAS Emmanuel, « L'éthique est transcendance – Entretien avec E Hirsch », in HIRSCH Emmanuel, *Médecine et éthique. Le devoir d'humanité*, Paris, Cerf, 1990, p.43.

⁶⁸² FENNETAUX Michel, *op.cit.*, p.126.

⁶⁸³ Ibid., p.32.

⁶⁸⁴ Ibid., p.33.

⁶⁸⁵ Ibid., p.34.

⁶⁸⁶ Ibid., p.54.

⁶⁸⁷ Ibid., p.55.

⁶⁸⁸ Ibid., p.56.

⁶⁸⁹ Ibid., p.65.

⁶⁹⁰ Ibid., p.64.

⁶⁹¹ Ibid., p.78.

souffrance de l'âme, où la consistance se défait : un point d'impouvoir dont l'expérience déchaîne l'angoisse⁶⁹². A-t-on besoin de compagnons d'armes dans cette lutte – que Fennetaux nomme chevaleresque – où le malade va au-devant de la mort ? Son *therapôn* est la femme qui partage sa vie. Il dit que l'allègement que procure la camaraderie, la tendresse, l'amitié, l'amour, finissent par rencontrer une limite. Le malade est assigné à son corps⁶⁹³. On dira alors que le soignant *therapôn* est celui qui maintient sa présence malgré tout. C'est une éthique de fidélité à la situation⁶⁹⁴. Sa tâche prioritaire est d'évaluer la qualité de présence requise.

L'autre vertu du *therapôn* est celle de la *sôphrosunê*⁶⁹⁵. On pourrait s'en étonner, tant elle paraît à distance du courage héroïque. Si Patrocle était épris d'Achille, le médecin n'est pas épris du malade, mais c'est un autre transport qu'il doit modérer : car il y a toujours le risque de mal analyser les besoins du malade quand la vie semble en jeu, et de ne plus lui accorder le moindre espace d'autonomie, de demande ; il y a aussi la tentation de l'euthanasie qui précéderait même la demande du patient en extrême souffrance, mais qui peut aussi complaire à l'autodestruction qu'anticipent certains patients. La détresse infantile de l'homme, réveillée dans toute situation de maladie, si elle est – selon Freud – « l'ultime fondement des religions »⁶⁹⁶, convoque aussi une figure du sauveur, qui peut être tentante pour le médecin. Aussi c'est ici encore le zèle à faire le bien qui demande à être bien tempéré, non pas pour refuser l'engagement, mais pour rester délicat, pour ne pas basculer de la conduite oblatrice au vœu meurtrier par compassion. On ne saurait oublier l'ambivalence de l'amour, en tant qu'il est aussi une passion qui se situe dans un compagnonnage avec la haine et avec l'ignorance⁶⁹⁷. Celui qui aime à l'excès n'est pas savant en amour⁶⁹⁸.

La *phronēsis* est requise pour juger à tout moment de la bonne attitude, pour jauger l'équilibre érotique et éthique instable de la situation et s'ajuster en conséquence. Nous avons vu plus haut que la présence de l'autre bienveillant pouvait être violente et éveiller la haine. Il faut beaucoup de prudence pour répondre à un appel qui n'est pas une demande. A-t-on bien entendu ce qui était à entendre ? Prenons un autre domaine, par exemple la sincérité, la vérité due au malade. Seule la *phronēsis* permet de juger ce qui convient *hic et nunc*, et notamment le degré d'illusion voire de mensonge. Fennetaux écrit ceci :

« Comment vivre sans illusion ? Comment s'illusionner si on sait ? Et si l'on sait, comment vivre ? »⁶⁹⁹ ; « Une connaissance complète et constamment présente de l'horreur à venir desservira, plutôt qu'elle ne la servira, la cause du courage, de la vie et même de la lucidité »⁷⁰⁰. Et encore : « Malgré sa familiarité avec la présence de la mort dans la vie, l'enfant que je suis encore poursuit imperturbablement un rêve d'immortalité »⁷⁰¹. Sur la

⁶⁹² Ibid., p.150.

⁶⁹³ Ibid., p.155.

⁶⁹⁴ Seule éthique qui tienne pour la médecine, selon Badiou. BADIOU Alain, *L'éthique ; essai sur la conscience du mal*, Paris, Hatier, 1998.

⁶⁹⁵ Comme le courage, elle sera étudiée encore plus loin (chapitre XIII).

⁶⁹⁶ FREUD Sigmund, FERENCZI Sandor, « *Correspondance Tome I, 1908-1914* », op.cit., p.129.

⁶⁹⁷ ALLOUCH Jean, *L'amour Lacan*, op.cit., p.35.

⁶⁹⁸ Ibid., p.36.

⁶⁹⁹ FENNETAUX Michel, op.cit., p.32.

⁷⁰⁰ Ibid., p.75.

⁷⁰¹ Ibid., p.77.

vérité : « je tiens que la vérité n'est bonne qu'autant qu'elle aide à 'dessouffrir' » ; « Est bon, non pas de tenir la position (...), mais ce qui rend la position tenable »⁷⁰².

L'illusion expose à des effondrements douloureux, laisse plus démuné qu'un autre, mais peut aussi fournir une réserve d'énergie et sera alors la source du courage au moment opportun⁷⁰³. Donc c'est une erreur que de « vouloir que la vérité et moi soyons sans cesse présents l'un à l'autre »⁷⁰⁴. Mais un autre malade réclamera peut-être autre chose, autrement, et son expérience de la maladie sera différente. De même, une grande variété de situations s'observe dans les questionnements que ne manque pas de susciter toute atteinte grave à l'intégrité de l'être : « pourquoi ? ». Repérer ce qui convient à chaque situation est, dans le registre pratique, affaire de *phronēsis*. La dimension catastrophique n'impose pas de gommer les variations singulières qui la caractérisent.

C'est ce dont témoignent les soignants qui ont composé le *Manuel poétique et pratique à l'usage des soignants et autres curieux*, tout à fait en phase avec la figure du *therapôn*. Que nous disent ces soignants ? Quand il s'agit d'établir une relation, la condition essentielle est d'**être-là**, « les sens en éveil, être-là *pour, avec, à ce moment-là* »⁷⁰⁵. L'**être-là** est une présence d'une particulière intensité, car tout « ce qui se passe, bruits, mouvements, odeurs, froid, chaud, parole, silence », a de l'importance⁷⁰⁶. Est-ce qu'on n'a pas là, dans cette phrase, l'indication d'une position de proximité immédiate qui est une disposition à la fois éthique, esthétique, et érotique ? Une vertu morale qui est aussi un instrument technique de précision, une esthésie de la présence soignante sensible à la présence de l'autre malade, une façon affectée/désaffectée qui témoigne de l'engagement (« je n'ai pas la tête ailleurs, je n'ai pas d'autre chose à faire »), du lien, mais d'un lien qui n'emprisonne pas, une affection qui n'engluie pas (« je n'ai pas de projet ni de désir autre que ce qui peut se passer dans ma disponibilité de ce moment à l'autre ») ?

C'est un désir qui vise l'être-là, avant ou sans le bien-faire de la *philia*. Peut-être la bienveillance telle que Barthes la décrit, comme figure du Neutre⁷⁰⁷ : « un Erôs bien conduit, "retenu", réservé. Ou encore, une Agapé pénétrée d'Erôs, tendue par Erôs et retenue par un principe Tao »⁷⁰⁸. Cette définition proposée par Barthes s'éloigne de l'analyse qu'en fait Aristote. Mais elle se rapproche du « se consumer » lacanien.

⁷⁰² Ibid., p.75.

⁷⁰³ Ibid., p.77.

⁷⁰⁴ Ibid., p.78.

⁷⁰⁵ GUERIN Anne, CACHARD Claudie (dir), *Manuel poétique et pratique à l'usage des soignants...*, op.cit., p.15.

⁷⁰⁶ Ibidem.

⁷⁰⁷ Barthes commence par distinguer deux bienveillances, l'une sèche et l'autre humide. « La bienveillance humide, est gentillesse pour l'aimé, exaltation diffuse de l'amicalité, une espèce de philanthropie, d'attendrissement peut-être plus proche de la pitié que de l'amour, une émotivité du corps transformée en sentiment, éventuellement un désir sublimé par diffusion, qui renvoie à agapé (amour affectueux, fraternel, divin). Cette bienveillance attendrie ne correspond en rien avec ce que dit le Tao de la bienveillance, laquelle est dure, sèche, car elle procède d'une indifférence ». La bonté du sage, pour qui tout est égal, n'a rien de l'agapé, c'est plutôt une bienveillance méprisante et douce, une bonté transcendante. Barthes dit alors que « le sujet en proie à la bienveillance sent bien cette double postulation, dont il suspecte le premier pôle et n'aime pas le second » et qu'il se trouve devant une aporie : il a envie d'un « monstre logique », du bon dosage de l'émoi et de la distance. D'un côté, l'émoi, la marque de l'Agapé, qui est aussi reconnaissance du désir, ancrage dans le corps, et de l'autre distance, la garantie que l'autre ne sera pas écrasé sous une demande poisseuse, qu'on ne fait pas de chantage à l'attendrissement. BARTHES Roland, *Le Neutre*, op.cit., p.41 sq.

⁷⁰⁸ Ibidem.

On pourrait objecter à cet *être-là* de la présence qu'il est rapporté par des soignants au contact de malades psychotiques en institution, qui y séjournent pour des temps longs et parfois indéterminés, et qu'on se trouve alors aux antipodes de ce qui se passe par exemple en oncologie quand il faut déterminer un projet de soins actif. Mais il convient peut-être de ressaisir, derrière l'activisme soignant parfois (re)commandé et même de bon aloi dans nombre de situations, en arrière-plan, comme la toile de fond sur laquelle se détachent les *actions* soignantes, cette disposition neutre, qui est en quelque sorte *en-deçà des conduites à tenir*, et à laquelle on revient, on peut revenir, (on doit revenir? telle serait l'esquisse d'une déontologie de l'« érosthétique »), lorsque la conduite à tenir n'est pas déterminée, lorsque les buts sont incertains, et qu'on se force à revenir à l'ancrage de notre profession. Car

« On peut être là corporellement et être parfaitement absent; ou encore s'astreindre à une pure observation clinique, pour en faire un compte-rendu plus ou moins schématique. A contrario, gare à l'excès assez facile impliquant l'éventualité du sacrifice de soi, d'un don de soi qui aboutit trop souvent à une impasse difficile à résoudre »⁷⁰⁹.

Les soins apportés à un patient fragile, vulnérable, charrient le risque de l'emprise, même – et peut-être surtout – quand on veut bien soigner⁷¹⁰. Voilà la difficulté éthique et érotique : vouloir bien soigner, et en même temps, se garder de tous les chausse-trappes qui peuvent en résulter. Donc, une érotique investie (force de la libido) et désintéressée (sublimation de pulsions fortes, plutôt que répression ou retrait de la libido et désintérêt). Vouloir tout en ne voulant pas. Peut-être peut-on proposer ici : aimer, comme n'aimant pas. Non pas faire « comme si » (comme si on aimait, alors qu'on n'aime pas vraiment), mais faire « comme non »⁷¹¹.

D. EROS REPROUVE

Ces pérégrinations dans le champ de l'érotique médicale ne pouvaient omettre de se pencher sur deux cas précis, la pudeur et les relations amoureuses entre malades et médecins. En effet, ce sont précisément ces cas qui viennent spontanément à l'esprit du profane interrogé sur ce que pourrait signifier l'expression « érotique médicale ».

D.1 LA PUDEUR

La pratique médicale fait intrusion dans l'intimité des malades. Indiscrète par nécessité, n'est-elle pas aussi facilement impudique voire impudente ? Pas de *philos* sans *aidôs*, pouvait-on dire de l'époque homérique.

⁷⁰⁹ GUERIN Anne, CACHARD Claudie (dir), *Manuel poétique et pratique à l'usage des soignants...*, op.cit., p.16.

⁷¹⁰ Ibid., p.64.

⁷¹¹ Cf. le « comme non » de l'épître de Paul aux Corinthiens : « Voici ce que je dis, frères, c'est que le temps est court; que désormais ceux qui ont des femmes soient comme n'en ayant pas, ceux qui pleurent comme ne pleurant pas, ceux qui se réjouissent comme ne se réjouissant pas, ceux qui achètent comme ne possédant pas, et ceux qui usent du monde comme n'en usant pas, car la figure de ce monde passe » (I Cor 7 ;29-31), que commente AGAMBEN Giorgio, et al., « Une biopolitique mineure », art.cit.

Socrate veut faire la connaissance du jeune et charmant Charmide. Le prétexte pour l'attirer est de faire passer Socrate pour un médecin à même de soigner les céphalées dont souffre le jeune homme. Socrate accepte le subterfuge, mais est profondément troublé par la beauté de Charmide, encore plus éclatante lorsque celui-ci s'approche et s'assied à côté de lui. Le trouble de Socrate s'accroît par le regard que lui lance Charmide (« il jeta sur moi des yeux que je ne saurais décrire » - *Charm.* 155d) après avoir appris qu'il détenait la clé de ses maux de tête, et davantage encore quand Socrate entrevoit l'intérieur de son vêtement : il s'enflamme et bafouille. La configuration médicale réalisée convoque en même temps la demande et l'offre de soins, mais aussi la séduction, le trouble, et la pudeur. Nous reviendrons sur ce passage dans l'étude de la *sôphrosunê*.

Le traité hippocratique *De l'officine du médecin* est bien conscient qu'il y a des parties du corps que la décence ne permet pas de montrer à tous, et le médecin doit y être attentif⁷¹². Nous avons évoqué le trouble qui peut saisir le médecin à la vue d'un corps dénudé (chapitre X). L'obscénité des fresques des salles de garde, aujourd'hui largement vilipendées, reflète-t-elle la violence des appétits sensuels à réfréner ? Emmanuelle Godeau suggère que :

« Cette débauche de corps béants, de sexes énormes, de prouesses sexuelles invraisemblables et de gros mots cesse d'apparaître comme une fin en soi, uniquement animée du désir de choquer le profane, mais devient un moyen privilégié, voire paradigmatique pour les carabins de s'opposer à l'ordre du monde dominé par la pudeur et la décence, celui-là même prôné par leur éthique professionnelle et qui prévaut à l'hôpital »⁷¹³.

Le lien entre la pudeur et le sexuel, thématique par Freud, est repéré par Michel Foucault par son inscription législative : « toute la législation sur la sexualité, telle qu'elle a été mise en place depuis le XIX^e siècle en France, est un ensemble de lois sur la pudeur ». Il dit aussi que « la loi était destinée à défendre la pudeur, on n'a jamais su ce que c'était que la pudeur »⁷¹⁴. Norbert Elias en propose néanmoins une lecture compréhensive, à partir de données historiques et sociales, comme nous le verrons. L'interdépendance des hommes va croissant, et s'accompagne d'une plus grande nécessité d'être attentif, sensible, aux règles de la cohabitation, des interactions, de l'observation réciproque. Mais nous serions pour Lipovetsky à l'heure du *sexy* et de l'*osé*, de la suggestion directe, qui semble briser les anciens tabous de la pudeur⁷¹⁵.

1.1. Pudeur et imagerie médicale

Pour entrer dans le vif, nous nous servons de l'étude de Cécile Estival publiée dans la revue *Histoire Médecine et Santé* sous le titre : « Incidences de l'imagerie médicale sur la pudeur dans la relation patients-soignants »⁷¹⁶. Le matériau qu'elle analyse est issu d'une

⁷¹² HIPPOCRATE DE COS, *De l'art médical*, op.cit., p.343 (De l'officine du médecin).

⁷¹³ GODEAU Emmanuelle, « Les fresques de salle de garde », *Sociétés & Représentations* 2009 ; 28 (2) : 13-30.

⁷¹⁴ FOUCAULT Michel, « La loi de la pudeur » (1979), in : *Dits et écrits II. 1976-1988*, Paris, Gallimard, « Quarto », 2001, texte n° 263, p.763-777.

⁷¹⁵ LIPOVETSKY Gilles, *Plaire et toucher*, op.cit., p.204-5.

⁷¹⁶ ESTIVAL Cécile, « Incidences de l'imagerie médicale sur la pudeur dans la relation patients-soignants », *Histoire, médecine et santé* 2012/1 : 77-91.

enquête ethnographique dans un service de radiologie d'un centre de cancérologie⁷¹⁷. Les manipulateurs (j'emploie le même terme pour les deux sexes) en radiologie diagnostique et/ou interventionnelle s'occupent notamment de la préparation des malades (selon les situations : consignes pour le déshabillage plus ou moins complet, fourniture d'une blouse, pose d'une perfusion, désinfection, rasage, informations sur l'acte, etc.). Cécile Estival note que « le manipulateur est en contact très étroit avec le patient ainsi qu'avec le corps "physique" et "réel" », soit un corps « substance », manipulable, défini par des termes qu'elle emprunte à Jean-Marie Brohm : ce corps « a des frontières, des surfaces, des organes, des capacités mesurables, des fonctions identifiables, une identité sexuelle plus ou moins prononcée, un âge, etc. »⁷¹⁸ Son article rapporte essentiellement ce qui a trait à la nudité, et observe les modalités d'évitement de la nudité complète et de mise à distance du corps (port d'une blouse, draps stériles, champs qui délimitent la partie du corps sur laquelle on intervient, utilisation de machines) et l'interprète ainsi : il s'agit de mettre à distance – par différents stratagèmes – la totalité du corps telle qu'elle s'expose dans le rapport amoureux pour être disponible aux jeux de l'amour, et ainsi de « favoriser le passage du registre de la vie quotidienne au registre médical »⁷¹⁹.

Une patiente qui a refusé la blouse et est sortie de la cabine de déshabillage en culotte « a induit de la gêne chez le manipulateur ». Cette gêne est verbalisée dans des entretiens par les professionnels et par les patientes, nombreuses à « admettre préférer passer leur examen avec une manipulatrice plutôt qu'avec un manipulateur »⁷²⁰. Les femmes qui passent une mammographie cachent souvent leurs seins avec les mains avant l'examen, et curieusement beaucoup moins après, alors que des conversations – extra-médicales, plus « personnelles » mais restant d'ordre mondain – s'engagent avec la manipulatrice (dans le centre qui a servi à l'étude, seules des manipulatrices sont affectées aux mammographies).

Cécile Estival estime que « ces exemples mettent en lumière l'existence des sentiments de pudeur et de gêne ressentis par les soignants » (et aussi par les malades me semble-t-il), alors même que, dans une lecture goffmanienne, « les statuts de patients et de médecins – de manipulateurs dans le cadre de cette étude – dissimuleraient toute relation sexuelle au profit d'une relation médicale ». Est-ce parce que l'imagerie médicale, en tant qu'elle permet de voir l'intérieur du corps, réalise l'effraction de l'intime pour les manipulateurs? Non ; même si la machine dévoile l'invisible, elle conduit plutôt à une désérotisation de l'intérieur et à une vision d'un corps asexué⁷²¹. Par contre,

« ce sont les régions corporelles extérieures, et donc visibles à l'œil nu (ex. l'anus, quand il faut réaliser un lavement), qui sont définies comme privées, davantage que les

⁷¹⁷ Il s'agit principalement d'observations des interactions corporelles et langagières entre manipulateurs/trices et patients, et d'entretiens avec 92 malades et plusieurs professionnels.

⁷¹⁸ BROHM Jean-Marie, *Le corps analyste...*, op.cit., p.49.

⁷¹⁹ ESTIVAL Cécile, « Incidences de l'imagerie médicale sur la pudeur... », art.cit.

⁷²⁰ Ibidem. Les patients hommes se sont d'ailleurs peu exprimés sur la pudeur, peut-être par pudeur ?

⁷²¹ Il en va de même pour le malade semble-t-il : « Après s'être vue en tranches, en taches colorées, en squelette, quelle image vivante de moi reste-t-il encore ? Où est l'impudeur de jeter sa vie hors de soi lorsqu'on a été forcé puis habitué à exposer sans cesse son corps aux médecins qui passent, aux internes qui apprennent, ... ». MARIN Claire, *Hors de moi*, op.cit., p.39.

parties internes du corps, qui pourraient sembler, a priori, constituer le propre de l'individu dans ce qu'il a de plus intime et privé ».⁷²²

Le corps mis en images médicales ne stimule donc pas l'imaginaire érotique, n'est pas une image érotisée, ni même sexuée⁷²³.

Ce qui nous intéresse n'est pas tant l'incidence de l'imagerie sur la pudeur dans la relation patients-soignants, mais la pudeur elle-même, *du côté du soignant*. Cécile Estival emprunte à Norbert Elias sa définition de la pudeur :

« une excitation spécifique, une sorte d'angoisse qui se produit dans l'individu d'une manière automatique et habituelle dans certaines circonstances. [...] Elle est une forme de déplaisir ou de peur provoquée et caractérisée par le fait que la personne qui redoute de voir manifester son infériorité est incapable de parer ce danger par une attaque physique ou autre »⁷²⁴.

Elle cite aussi Catherine Mercadier qui note que la pudeur « protège du regard de l'autre. [...] La pudeur est un sentiment éminemment social : son intention est de soustraire à la perception des autres ce qui pourrait susciter la gêne »⁷²⁵.

1.2. Le déplaisir de l'infériorité

Poursuivons nos réflexions. Si pudeur il y a du côté soignant, suscitée par la nudité du malade, cela traduit, selon Elias, une excitation, c'est-à-dire une tension intérieure non contrôlée (elle est automatique). Cette excitation est, faisons en l'hypothèse, de nature sexuelle. Et pourtant, la suite de la définition d'Elias indique que ce déplaisir caractérise une crainte : celle que se manifeste son infériorité. Si on veut rester logique, cela signifie donc que l'infériorité est celle d'être pris en flagrance d'excitation. Plusieurs hypothèses peuvent être proposées :

Etre *éraste* est-il une infériorité ? Certainement, car le désir s'origine (selon la vision commune) de ce qui manque. Nous renvoyons à notre lecture du *Banquet* au début du chapitre.

Ou bien l'infériorité manifestée est-elle de n'avoir pas su se maintenir dans le registre médical, par rapport au registre de la vie ordinaire où le corps nu exposé est réputé exciter sexuellement celui qui le regarde ? Ne pas avoir su s'en tenir, en quelque sorte, au régime de sublimation d'une pulsion érotique éveillée par le corps du malade, régime de sublimation supposé être devenu routinier pour quiconque exerce le métier de soignant. Dans cette hypothèse, peut-être conviendrait-il de préciser, chez celui/celle en proie à la pudeur, ce qui la provoque effectivement, dans ces circonstances d'exposition du corps nu du malade. S'agit-il d'une gêne provoquée par le constat d'une excitation sexuelle parvenue à la conscience, perçue donc (en pensée ou corporellement), ou se produit-elle par la seule imputation à l'Autre

⁷²² ESTIVAL Cécile, « Incidences de l'imagerie médicale sur la pudeur... », art.cit.

⁷²³ La double vie libidinale du corps affecte des zones de surface surtout (chapitre I).

⁷²⁴ ELIAS Norbert, *La dynamique de l'Occident*, op.cit., p. 263.

⁷²⁵ MERCADIER Catherine, *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*, Paris, Seli Arslan, 2002, p.169.

(presque une incarnation du Surmoi, ici rendu présent par le malade nu) d'un soupçon possible à cet endroit⁷²⁶ ?

Mais une autre lecture est possible. Le manipulateur a donné des consignes, a prescrit un code vestimentaire, une conduite. Que ce code et cette conduite aient comme finalité la distanciation des corps (pour protéger le soignant et respecter l'intimité du malade) reste impensé, caché par le protocole. La saynète rapportée par Estival commence par l'agacement du manipulateur : « Si le mec, il se balade à poil, non, je ne suis pas d'accord. Tu ne vois pas la nudité, je ne veux pas la voir. Ça m'énerve toujours quand un malade se balade pas habillé ». Cette dimension de désobéissance soulève cependant la question de la pudeur. La nudité est cadrée de telle sorte qu'il n'y ait pas d'ambiguïté : le corps nu dans la salle d'examen n'est pas un corps chargé érotiquement, d'un côté comme de l'autre. Le malade qui ne respecte pas les instructions exhibe la double vie du corps que le dispositif avait dissociée pour laisser un accès exclusif à l'organisme épuré de toutes pulsions. Voilà quelque chose qui échappe à la maîtrise. La manifestation que cette mise à distance ne fonctionne pas peut être ressentie comme une forme d'infériorité, surtout si l'autre, le patient ou la patiente, semble enfreindre un tabou ou s'apprêter à le faire. Mais dans ce cas, ce n'est plus la pudeur, mais la gêne, si on suit les définitions contrastées d'Elias.

Si la pudeur est suscitée par la crainte de voir se manifester son infériorité,

« les sentiments de gêne sont des sentiments déplaisants ou des craintes qui surgissent quand une autre personne enfreint ou s'apprête à enfreindre les tabous représentés par le "surmoi" ». La gêne est « la contrepartie inséparable de la pudeur »⁷²⁷.

Autrement dit, je suis gêné des transgressions d'autrui ; peut-on aller jusqu'à imaginer que ma pudeur soit la crainte de mon infériorité... devant la transgression d'autrui ? Ou que l'impudeur d'autrui me renvoie à ma propre difficulté à l'autocontrôle, voire même simplement à la prise de conscience qu'un processus d'autocontrôle traverse mon existence ?⁷²⁸

Pudeur et gêne peuvent donc être associées. Cécile Estival semble suggérer une sorte de réversibilité entre les deux protagonistes, quand elle décrit une gêne réciproque, notamment dans la pratique du lavement. Finalement, on peut aussi songer que la pudeur ou l'impudeur apparente de l'un peuvent évoquer pudeur et gêne chez l'autre. Lacan dit que la pudeur est « amboceptive⁷²⁹ des conjonctures de l'être » : « l'impudeur de l'un à elle seule faisant le viol de la pudeur de l'autre »⁷³⁰.

Le *TLFI* distingue ce qui a trait au corps et notamment au sexuel (propension à se retenir de montrer, d'observer)⁷³¹ et le reste, tout ce « qui touche de près à la personnalité, à la vie intime

⁷²⁶ Cf. la blague bien connue, mobilisée d'ailleurs par Lacan pour discuter du Surmoi, de cet homme enfin guéri de sa croyance qu'il est un grain de blé, et qui fait une rechute brutale devant un animal de basse-cour. « Je sais que je suis un homme et pas un grain de blé, mais est-ce que la poule le sait ? ». Je sais que je ne suis pas gêné par le corps nu du malade, mais lui, le sait-il ?

⁷²⁷ ELIAS Norbert, *La dynamique de l'Occident*, op.cit., p. 269.

⁷²⁸ C'est selon Elias, une question de civilisation. La pudeur n'est que l'écume qui signe l'existence du processus, quand il n'est plus totalement caché.

⁷²⁹ Amboceptif : se dit d'un sentiment immédiatement partagé.

⁷³⁰ LACAN Jacques, « Kant avec Sade », art.cit.

⁷³¹ Pudeur : 1. « Disposition, propension à se retenir de montrer, d'observer, de faire état de certaines parties de son corps, principalement celles de nature sexuelle, ou de montrer, d'observer, de faire état de choses considérées

de quelqu'un, ou à l'essence de quelque chose ». C'est pourquoi certains y apposent l'image d'un voile qui protège l'intimité, d'une frontière qui limite regards, gestes et mots⁷³². Elias fait un pas de plus. Ce pas de plus, c'est que la monstration serait à la fois une manifestation d'infériorité vis-à-vis d'autrui, et source d'une excitation d'ordre sexuel. Il était averti des théories freudiennes sur la pulsion.

1.3. Les sources de la pudeur : sexe et civilisation

Freud évoque le sentiment de pudeur conjointement à d'autres puissances qui s'édifient pendant la période de latence, et qui constitueront des

« obstacles qui plus tard barreront le chemin à la pulsion sexuelle et qui, telles des digues, restreindront son cours (le dégoût, le sentiment de pudeur, les exigences idéales esthétiques et morales). Chez l'enfant de la culture, on a l'impression que l'édification de ces digues est une œuvre de l'éducation ».

Mais pour Freud, l'éducation ne fait là que « repasser sur les lignes de ce qui est organiquement tracé au préalable »⁷³³. Le petit enfant est dénué de pudeur et éprouve du plaisir à exhiber ses parties sexuées. « Le pendant de ce penchant tenu pour pervers, la curiosité de voir les organes génitaux d'autre personnes, ne devient vraisemblablement patent que pendant les années d'enfance un peu plus tardives, lorsque l'obstacle qu'est le sentiment de pudeur a déjà atteint un certain développement »⁷³⁴.

Des idées analogues sont aussi évoquées dans l'ouvrage sur le Mot d'esprit :

« La tendance à regarder à nu les caractères distinctifs du sexe est une des composantes primitives de notre libido. Elle serait déjà le substitut d'un plaisir que l'on peut considérer comme primaire : à savoir, celui de toucher les parties sexuelles. Comme c'est si souvent le cas, la vue a ici remplacé le toucher. La libido de la vue ou du toucher existe chez chacun de nous sous une double forme, active et passive, masculine et féminine ; elle se développe, suivant la prédominance du caractère sexuel, d'une façon dominante dans l'un ou dans l'autre sens. Chez le jeune enfant on peut aisément observer la tendance à se mettre nu. Là où le germe de cette tendance, contrairement à son destin habituel, n'est ni recouvert par d'autres strates ni réprimé, il se développe et devient la perversion des hommes adultes connue sous le nom d'exhibitionnisme. Chez la femme, cette tendance passive à l'exhibition est presque toujours neutralisée par la réaction puissante de la pudeur sexuelle. L'habillement lui réserve toutefois une échappatoire ; il suffira de faire observer combien l'exhibitionnisme licite de la femme est élastique et variable suivant les circonstances et les conventions sociales »⁷³⁵.

Plus tardivement, dans une conférence sur la féminité, Freud relie la pudeur à l'infériorité naïve qui résulterait du manque de pénis :

« La pudeur, vertu qui passe pour être spécifiquement féminine et qui est, en réalité, bien plus conventionnelle qu'on pourrait croire, a eu pour but primitif, croyons-nous, de

comme étant plus ou moins directement d'ordre sexuel ; attitude de quelqu'un qui manifeste une telle disposition » (DICTIONNAIRE *Trésor de la Langue Française Informatisé*).

⁷³² DESCHODT Gaëlle, « La pudeur, un bilan », *Hypothèses* 2010/1 ; 13 : 95-105.

⁷³³ FREUD Sigmund, *Trois essais sur la théorie sexuelle*, op.cit., p.113.

⁷³⁴ Ibid., p.128.

⁷³⁵ FREUD Sigmund, *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient*, op.cit., édition électronique, p.89.

dissimuler la défektivité des organes génitaux. Nous n'avons garde d'oublier que plus tard elle a assumé d'autres fonctions encore »⁷³⁶.

Voilà donc la pudeur chargée de deux fonctions bien distinctes : digue dressée par l'éducation contre la pulsion sexuelle qui pousse à toucher, montrer et regarder les organes génitaux, elle est de plus – pour la femme – un voile qui masque un défaut. C'est cette notion d'infériorité que l'on retrouve chez Elias, mais bien plus étendue que le *Penisneid*.

Elias évoque, à propos de la pudeur et de la gêne, « un curieux conditionnement de l'économie pulsionnelle », qui exemplifie bien sa thèse générale du processus de civilisation marqué par une domestication pulsionnelle et une incorporation/intériorisation des normes de conduite : les rapports sociaux sont plus pacifiés et policés, ceci n'est pas dissociable de la maîtrise de soi. Les transformations psychiques accompagnent les transformations sociales et politiques. Le processus de civilisation s'accompagne d'une autocontrainte, d'un autocontrôle. La tension, l'excitation indique que le carcan se fissure. Aussi la pudeur signale-t-elle à la fois l'importance de la « poussée civilisatrice » comme le dit Elias, et l'incomplétude du processus, à la fois un conflit entre l'individu et l'opinion sociale, et un conflit entre « l'individu et cette instance de son propre moi [= le surmoi] qui représente précisément cette opinion sociale »⁷³⁷.

Le conflit signalé par la pudeur « met en cause sa propre économie psychique : l'individu se reconnaît lui-même comme inférieur : il craint de perdre l'amour et l'estime de ceux à l'amour et à l'estime de qui il tient ou a tenu »⁷³⁸. La peur n'est plus tant de voir se déchaîner la violence physique d'autrui, mais une « peur intérieure »⁷³⁹ de transgression de l'autocontrainte, peur transmise par le surmoi : les tensions sont « l'enjeu du combat intérieur que l'individu se livre à lui-même »⁷⁴⁰. La lecture proposée par Elias est celle-ci : la différenciation du surmoi joue un double rôle de contrôle, vis-à-vis du monde et des autres [les comportements se rationalisent], et vis-à-vis de soi, notamment de ses mouvements pulsionnels [le seuil de la pudeur s'abaisse]⁷⁴¹. Ceci modifierait les pulsions sexuelles et accentuerait les sentiments de pudeur dans les relations.

Dans le champ des relations de soin, relations sociales bien spécifiques en tant qu'elles impliquent « une rencontre des corps et des sens », la pratique professionnelle rencontre les codes sociaux de la décence⁷⁴² : l'attention accrue à la question de la pudeur et de son respect dans les curriculums de formation des soignants corrobore les thèses d'Elias. Ce qui est dit de la vue se vérifie d'ailleurs pour le toucher et l'odorat : l'affect est alors volontiers le dégoût. Sa spontanéité masque peut-être davantage ses déterminations sociales⁷⁴³.

⁷³⁶ FREUD Sigmund, *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*, op.cit., édition électronique, p.90.

⁷³⁷ ELIAS Norbert, *La dynamique de l'Occident*, op.cit., p. 264.

⁷³⁸ Ibidem.

⁷³⁹ Ibid., p.265.

⁷⁴⁰ Ibid., p. 271.

⁷⁴¹ Ibid., p.266.

⁷⁴² HANAFI Nahema, « Pudeurs des souffrants et pudeurs médicales », *Histoire, médecine et santé* 2012 ;1 : 9-18.

⁷⁴³ MEMMI Dominique, et al., *Le social à l'épreuve du dégoût*, op.cit.

1.4. Pudeur et tact

La pudeur signale à celui qui l'éprouve que ce qu'il s'apprête à montrer ou à faire peut avoir une connotation sexuelle.

Ainsi, l'érythème pudique du décolleté, qui rubéfie la face antérieure du cou et de la région pectorale signale aux deux protagonistes que le corps ausculté médicalement n'est pas qu'un amas d'organes. Cet érythème manifeste la pudeur, mais *manifeste aussi et surtout ce que la pudeur tente de masquer : attention, ici la libido est présente ! C'est l'émotion de l'autre au-delà de sa pudeur ; c'est l'ouverture de l'autre qui est perçue comme s'offrant à la vue. De ces manifestations le malade peut d'ailleurs se sentir gêné (car son corps trahit là une transgression, qui se produit malgré lui). Il y a donc une physiologie de la pudeur*⁷⁴⁴.

Cet érythème fait mouche : le médecin ne voyait pas, ou ne voyait plus, ou pas encore, par routine, incorporation du contrôle social, effet du surmoi, que ce corps qu'il examine, palpe, ausculte, est un corps traversé de désirs et de pulsions. S'il n'est pas gêné la plupart du temps, c'est que la gêne est du côté du pudique lui-même :

« Généralement, les malades soumettent au regard des soignants un corps qu'ils veulent désérotisé, un corps souffrant soumis à un regard médical qui se voudrait, quant à lui, détaché de l'attrait ou du dégoût des chairs »⁷⁴⁵.

Les attitudes spontanées de déshabillage des malades sont très variées et sont difficiles à interpréter au cas par cas, car plusieurs déterminants, les uns sociaux, les autres personnels, sont à l'œuvre. Certains malades ont l'habitude de se déshabiller presque complètement chez le médecin, d'autres rechignent à enlever même la première couche de vêtements. Certains se mettent à transpirer, d'autres à rougir. Le médecin, par ses paroles et ses attitudes, montre aussi à quel degré de distanciation du corps érotisé il se situe. « À corps nus, regards voilés ».⁷⁴⁶

Peut-il se trouver en proie à la pudeur *au sens d'Elias* ? Il n'est pas interdit de le penser. Sans qu'il soit forcément un *père la pudeur*, la pudeur indique au médecin ce qu'il se retient de faire ou de dévoiler par devoir professionnel. La déontologie signale expressément l'occurrence possible d'un dévoilement qui est aussi, dans ce cadre, un dévoilement, et, indication de la réciprocité, possiblement une atteinte à la pudeur du malade. Atteinte, voire attentat : les faits les plus marquants se terminent parfois aux tribunaux.

La signification de pudeur élargie à ce « qui touche de près à la personnalité, à la vie intime de quelqu'un, ou à l'essence de quelque chose » (TLFI) nous amène aussi dans une autre direction. Celle du couple décence–retenue–réserve / inconvenance–indécence. Dans ce sens, la pudeur est éventuellement recommandable au médecin qui se retient d'observer sans vergogne un déficit, de remarquer ostensiblement une disgrâce physique ou un comportement réprouvé (les conduites addictives par exemple). Mais elle ne l'est pas si elle confine le médecin à l'inhibition : il arrive que le respect d'autrui ne soit qu'un prétexte pour ne pas explorer des

⁷⁴⁴ Le narrateur de *Mars* fait une description détaillée de sa pudeur et de sa honte, traduisant la peur du côté primitif qu'il pressent dans le monde corporel. Le lien avec le sexuel apparaît plus loin : « la sexualité vous met à découvert, dans tous les sens du terme. Or c'était justement cela que nous ne voulions à aucun prix ». ZORN Fritz, *Mars*, op.cit., p.84-6 et p.105.

⁷⁴⁵ HANAFI Nahema, « Pudeurs des souffrants et pudeurs médicales », art.cit.

⁷⁴⁶ GOFFMAN Erving, *La Mise en scène de la vie quotidienne. II, Les relations en public*, Paris, 1973, p. 59.

zones que le médecin estime à tort source de gêne pour le malade. Réciproquement parfois le malade omet de faire état de symptômes qu'il estimerait honteux de mentionner⁷⁴⁷. Si le médecin fait montre de supériorité, par son ton de voix et ses mimiques, il va actualiser et renforcer le sentiment du malade d'être désarmé. Il ne me semble pas très utile de distinguer la pudeur vis-à-vis du corps (que certains décrivent comme plus propre aux femmes) et celle qui pousserait plus volontiers les hommes à cacher leurs sentiments : dans les deux cas ce qui est à cacher est de l'ordre du désir.

La médecine est au carrefour entre le physiologique et l'érotique, entre la volonté de savoir et d'explorer le corps et la tentation de la concupiscence visuelle⁷⁴⁸. Le tact pourrait être ici mentionné comme disposition qui vise à la fois à surmonter sa propre pudeur (car l'excitation ici peut être celle d'un certain voyeurisme, et qui signale une limite morale à la curiosité de bon aloi au service de l'enquête diagnostique), et à permettre au malade de surmonter sa honte, sa pudeur, ou mieux encore à ne pas la susciter chez le patient. En 1542, le terme de pudeur est attesté avec cette définition « appréhension de ce qui peut porter atteinte à la dignité personnelle, au respect de soi-même ». Appréhender (dans le sens d'une perception) sans appréhension (peur), voilà quel serait le tact. Le tact comme indexation d'une esthétique et d'une éthique de l'érotique.

1.5. Pudeur et *sôphrosunē*

Dans la perspective éthique de l'érotique, la pudeur renvoie aussi à la *sôphrosunē* (maîtrise de soi, tempérance), vertu qu'explore le dialogue du *Charmide*. Nous y reviendrons plus longuement dans un prochain chapitre, mais donnons ici des indications pour ce qui concerne la pudeur. Nous avons dit plus haut dans quelles conditions s'inaugure le dialogue : la *sôphrosunē* est d'emblée une question pratique pour Socrate⁷⁴⁹. Une des définitions proposée pour cette vertu amène le sujet de la pudeur : « il me semble que la *sôphrosunē* nous fait éprouver la honte (*aiskhunisthai poiein*), qu'elle rend l'homme sujet à la honte, et que la pudeur est précisément ce en quoi elle consiste » dit Charmide (*Charm.* 159c).

Pudeur est ici employé pour traduire *aidôs*, qui signifie alors aussi modestie, respect de soi. Chez Aristote *aidôs* est une sorte de crainte de donner une mauvaise opinion de soi, la médiété entre timidité et impudence, une réserve qui est une quasi-vertu, étant donné la manière dont on en parle :

« Celui qui tombe dans l'excès est par exemple le timide qui rougit de tout ; celui qui pèche par défaut ou qui n'a pas du tout de pudeur est un impudent ; et celui qui garde la position moyenne, un homme réservé. En quoi se trouve indiqué, d'une manière qu'on peut généraliser, que les dispositions et les vertus nécessaires ne s'acquièrent que par leur exercice. L'homme accompli et vertueux n'est plus en situation de ressentir l'*aidôs* » (*EN* 1108a32).

⁷⁴⁷ C'est déjà mentionné dans le corpus hippocratique. La pudeur est jugée mal placée : « Par pudeur elles ne parlent pas, même quand elles savent ; l'inexpérience et l'ignorance leur font regarder cela comme honteux » (HIPPOCRATE DE COS, « Des maladies des femmes », *Œuvres complètes*, vol. 8, trad. Emile Littré, Paris, J.-B. Baillière, 1853, p.127.)

⁷⁴⁸ CORBIN Alain, « Conclusion », *Hypothèses* 2010/1 ;13 :155-60.

⁷⁴⁹ MC CABE Mary Margaret, *Platonic conversations*, Oxford, Oxford University Press, 2015, p.184.

On remarquera donc que la pudeur est déjà désignée comme une honte de mal se conduire en public⁷⁵⁰. Donc, par rapport à Elias, il y a ici quelque chose qui semble traverser les vicissitudes historiques. Lacan en indique le trait : « Le démon de l'Aidos surgit dans le moment même où dans le mystère antique, le phallus est dévoilé (cf. la peinture célèbre de la Villa de Pompéi) »⁷⁵¹.

Dans l'*Euthyphron*, Socrate définit l'*aidôs* comme une partie de la crainte. On peut ajouter, ce qui n'enlève rien à l'analyse sociohistorique d'Elias mais en indique des éléments précurseurs, que Platon présente, dans un mythe, l'*aidôs* comme un don de Zeus pour assurer la sauvegarde de l'humanité⁷⁵². Le feu prométhéen ne suffit pas aux hommes pour leur sécurité. Par Hermès, Zeus offre aux hommes le savoir politique constitué par deux vertus symétriques : *aidôs*, la loi politique en tant qu'elle est suivie, et *dike*, la loi en tant qu'elle est prescrite (*Protagoras* 320-322d). La faculté de ressentir en soi-même la règle commune qui s'applique à tous est plus qu'une analogie avec l'intériorisation surmoïque des règles comme complément de la loi prescrite externe.

Thomas d'Aquin fait de la pudeur une *partie intégrante* de la tempérance (terme qui traduit la *sôphrosunê*). Comme la tempérance est ce qui refrène la convoitise immodérée, vis-à-vis des plaisirs de la table et les plaisirs sexuels⁷⁵³, on voit donc que le corps est intéressé au premier chef, et on notera que la situation médicale, par le toucher du corps qu'elle implique, est une situation particulièrement exposée (ce que signale en creux la puissance des interdits qui s'y rattachent). Toutes ces remarques, de Platon à Elias, en passant par Aristote et Thomas d'Aquin, sont convergentes.

Par rapport à l'instinct sexuel, Kant propose la lecture suivante : c'est le deuxième pas de la raison ; la raison devenue active montre son pouvoir sur l'instinct sexuel. L'excitation sexuelle peut être prolongée et intensifiée par l'imagination. L'imagination est plus durable et plus régulière lorsque l'objet est soustrait aux sens (fonction de la feuille de figuier cache sexe dans le jardin d'Eden). Autrement dit, dans un même mouvement la raison domine mieux les impulsions et l'imagination devient plus forte aussi. Intervient le *refus* [de se montrer, de se donner : mais c'est un « non » provisoire, qui excite le désir], un véritable

« tour de force qui permet de passer d'attraits simplement sensuels à des attraits idéaux, et du désir simplement animal, de manière progressive, à l'amour, et avec l'amour, du

⁷⁵⁰ Les liens entre honte, pudeur, prestige, ont à voir avec le regard d'autrui, et donc avec l'imaginaire. Lacan salue sur ce plan le livre de Sartre (*L'Être et le Néant*) dans son séminaire du 2 juin 1954. LACAN Jacques, *Les écrits techniques de Freud*, op.cit.

⁷⁵¹ LACAN Jacques, « La signification du phallus », op.cit.,p. 692 ; Claude Landman décrit ce tableau : « Il y a d'abord cette jeune femme, l'impétrante ou l'initiante, la tête sur les genoux d'une matrone qui lui dénude le dos et qui se tourne vers un démon ailé qui détourne le regard devant le phallus qu'une femme agenouillée dévoile à peine en soulevant le voile violet d'une corbeille sacrée. Et puis, il y a la démonsse qui elle aussi détourne le regard et tient dans sa main droite un *flagellum*, une badine avec laquelle elle s'appête à fouetter l'initiante. Et à côté d'elle, une bacchante qui danse avec des cymbales dans une pose gracieuse et élancée, représentant l'objet du désir que l'impétrante aura à incarner elle-même après son initiation ». LANDMAN Claude, « La vie est-elle un voyage ? », *La revue lacanienne* 2011 ;11 (3) :187-94.

⁷⁵² Je m'appuie ici sur les développements proposés par Pierre ZAOUÏ, *La discrétion, ou l'art de disparaître*, Paris, Autrement, 2013, p.51-52. Zaoui estime que la discrétion d'aujourd'hui n'a plus rien à voir avec la honte. Il nous semble qu'être attentif à la question de la pudeur montre que non.

⁷⁵³ D'AQUIN Thomas, *Somme théologique*, II, Question 66 : l'égalité des vertus, article 4.

simple sentiment de l'agréable au goût de la beauté, celle des êtres humains d'abord, puis aussi celle de la nature »⁷⁵⁴.

Intervient aussi la *décence*, cette « inclination à inspirer à autrui du respect à notre égard (en dissimulant ce qui pourrait faire naître du mépris), comme véritable fondement de toute authentique sociabilité »⁷⁵⁵. Pudeur et décence accompagnent donc le passage de l'instinct sexuel, du désir animal, à l'amour. Marque de refus, la pudeur n'en stimule pas moins l'imagination.

Quelle doit être l'étendue de cette pudeur/maîtrise chez le médecin ? La pudeur du soignant préserve peut-être l'intimité du malade, mais marque encore que quelque chose est à cacher, source de honte potentielle. Le vertueux n'est plus dans cette oscillation entre timidité et impudence.

Freud fustige ce que serait une pruderie indigne d'un médecin s'il se conformait à un certain « devoir éthique de rester à distance de toute l'affaire sexuelle » :

« Si des facteurs issus de la vie sexuelle doivent effectivement être reconnus comme causes de maladie, l'enquête et la discussion sur ces facteurs ressortissent justement par là, sans plus d'hésitation, à la sphère des devoirs du médecin. L'offense à la pudeur, dont il se rend par là coupable, n'est ni différente ni pire, on devrait bien le penser, qui si, pour guérir une affection locale, il tient à procéder à l'inspection des organes génitaux féminins, exigeance à laquelle l'oblige la Faculté elle-même. De femmes d'un certain âge (...), on entend encore souvent raconter qu'elles s'étaient autrefois affaiblies jusqu'à l'épuisement par des hémorragies génitales surabondantes, parce qu'elles n'avaient pu se résoudre à autoriser un médecin à voir leur nudité »⁷⁵⁶.

Le médecin qui veut savoir si les névroses de ses malades sont en corrélation avec leur vie sexuelle se doit non seulement de s'informer mais d'insister pour obtenir les éclaircissements nécessaires : il ne doit pas sacrifier sa démarche à l'interdiction présumée d'offenser ainsi grossièrement la pudeur. S'il peut occasionner des dommages, c'est dans la mesure où il est « maladroit ou dénué de conscience »⁷⁵⁷, et cela ne dépend pas du domaine considéré. Question de tact et de responsabilité morale donc. Le médecin qui sait que son intérêt scientifique sera concurrencé par « un chatouillement de concupiscence » suscité par des dévoilements sur la vie sexuelle « fera bien de rester à distance du thème de l'étiologie des névroses » et « du traitement des nerveux »⁷⁵⁸.

Les malades eux-mêmes n'opposent pas de résistance insurmontable. S'ils hésitent, ils se reprennent : « après tout, je suis chez le médecin, à lui on peut tout dire »⁷⁵⁹, et se trouvent soulagés de remarquer que seule importe la visée de la guérison. On peut faire des observations analogues à propos de l'alcoolisme, autre domaine qui peut susciter honte, gêne et pudeur réciproques chez le malade et chez le médecin⁷⁶⁰.

⁷⁵⁴ KANT Emmanuel, *Conjectures sur le commencement de l'histoire humaine*, op.cit., p.13 édition Hatier.

⁷⁵⁵ Ibidem.

⁷⁵⁶ FREUD Sigmund, « La sexualité dans l'étiologie des névroses » (1898), *Œuvres complètes vol. III*, Paris, Presses Universitaires de France, 2005, p.218.

⁷⁵⁷ Ibid., p.219.

⁷⁵⁸ Ibidem.

⁷⁵⁹ Ibidem.

⁷⁶⁰ MAMONT Pierre-Alexei, « Réflexions de patients alcoolo-dépendants sur leur parcours de soins : médecine générale et médecine spécialisée hospitalière à Colmar », Thèse de doctorat en médecine, Strasbourg 2017-51.

Une expérience de pudeur mal placée m'est restée en mémoire. J'étais alors jeune chef de clinique, et je devais m'occuper d'une femme d'un certain âge, retraitée de l'éducation nationale, célibataire et sans enfants. Son problème était celui d'une hypercalcémie assez sévère. Trois grandes orientations diagnostiques sont classiquement à envisager : une hyperparathyroïdie primaire, un os envahi par les métastases d'un cancer ou par un myélome, ou encore une sécrétion paranéoplasique d'un peptide qui mime l'action de la parathormone. L'examen clinique n'avait pas permis de faire la part des choses, les premières analyses biologiques privilégiaient la première ou la troisième des hypothèses, et finalement, ce n'est qu'après quelques jours, qu'une échographie (le scanner n'était pas encore d'usage courant), avait montré un cancer du col de l'utérus, confirmé par l'examen clinique... du gynécologue, une sorte de médecin qu'elle n'avait jamais consulté de sa vie. La taille de la tumeur était telle qu'elle n'aurait pas échappé au premier examen clinique de l'interniste, si cet examen avait été complet. Et il ne l'avait pas été, par interposition de mon imagination, qui redoutait de provoquer une gêne mutuelle. Mais pourquoi anticiper cette gêne, sauf à fantasmer une défloration médicale ?⁷⁶¹ A l'époque, les examens d'imagerie étaient relativement peu nombreux, et souvent je m'interroge sur ce que leur prolifération actuelle offre comme « confort pudique » au médecin qui se dispense de plus en plus d'examiner anus, rectum et vagin, sauf à en être le spécialiste attiré. Il faut une certaine expérience pour toucher avec tact⁷⁶².

Retenons enfin la place que tient le regard dans la pudeur. Regard et regard de l'autre (au double sens de voir son regard et d'être regardé, c'est à dire devenir objet pour l'autre⁷⁶³), mais aussi étendue de ce qui regarde le médecin, au sens de ce qui le concerne, de ce dont il va ou non s'occuper. La configuration croisée des regards est proximale à une configuration de type exhibitionniste/voyeur, dont Lacan a montré la complexité⁷⁶⁴. Les conversations de salles de garde attestent de la prévalence, en sous-main, de cette tonalité sulfureuse, qui forme l'envers des recommandations lénifiantes et aseptisées des manuels de savoir-vivre à l'usage des professionnels du soin.

Dans cette enquête auprès de 19 patients dépendants à l'alcool, beaucoup ont exprimé leur gêne à aborder leur addiction avec leur médecin généraliste, mais certains ont ressenti aussi que leur médecin était gêné pour aborder le sujet, alors que « ce déclic » et l'aide subséquente étaient attendus. Les patients supposent des motifs (entre respect, ruse, tabou) pour ce silence du généraliste. Quand cette pudeur et cette gêne, parfois réciproques, peuvent être surmontées, c'est un soulagement. Nous avons dit plus haut déjà que la relation d'amitié constitue un obstacle supplémentaire.

⁷⁶¹ Cf. FREUD Sigmund, *Introduction à la psychanalyse*, op.cit., leçon 23 sur les modes de formation des symptômes : « Les productions les plus connues de la fantaisie sont les « rêves éveillés » dont nous avons déjà parlé, satisfactions imaginées de désirs ambitieux, grandioses, érotiques, satisfactions d'autant plus complètes, d'autant plus luxurieuses que la réalité commande davantage la modestie et la patience. »

⁷⁶² FIAT Eric « Pudeur et intimité », *Gérontologie et société*, 2007/3 ;122 :23-40.

⁷⁶³ Ce n'est pas la même chose. « Je peux me sentir regardé par quelqu'un dont je ne vois pas même les yeux, et même pas l'apparence » (LACAN Jacques, *Les écrits techniques de Freud*, op.cit., séance du 2 juin 1954).

⁷⁶⁴ Notamment dans le séminaire sur le transfert, à propos de Pensée, personnage aveugle d'une pièce de Claudel : « l'exhibitionniste et le voyeur en quelque sorte se jouissent eux-mêmes comme de voir et de montrer, mais sans savoir ce qu'ils voient et ce qu'ils montrent ». LACAN Jacques, *Le transfert*, op.cit., séance du 17 mai 1961.

D.2 LES RELATIONS AFFECTIVES ENTRE MEDECINS ET PATIENTS

« Il y a sur le sexe un secret bien gardé : la plupart des gens n'aiment pas ça ».

Bersani⁷⁶⁵

Alors que la lecture du *Banquet* invitait de diverses manières à envisager l'instance d'*erôs* dans la pratique médicale, la littérature professionnelle, ne voyant dans *erôs* que le registre émotionnel et romantique, incite au contraire à se démarquer de cette instance. La fiction donne pourtant une certaine consistance au cadre érotisé de la pratique médicale.

2.1. Séductions

Nous avons déjà rencontré le jeune Dr Antoine Thibault, aux prises avec le ton d'abricot mûr d'une adolescente. L'épisode n'a été pour lui qu'une expérience esthétique. Par contre, quand il subit d'une jeune femme anglaise « au teint de fleur » un assaut de séduction calculée (« elle lança vers lui un coup d'œil bleu et bref comme une étincelle ») pour obtenir un passe-droit,

« il se mit à sourire, (...) son regard vint se poser sur celui de Mary. La rencontre de ces regards leur fut, à tous deux, perceptible comme un choc. L'Anglaise eut une seconde d'hésitation. Il ne prononça pas un mot : les paupières à demi baissées, il fit simplement « non », en tournant plusieurs fois et sans hâte la tête à droite et à gauche »⁷⁶⁶.

Le Dr Thibault « résiste » parce qu'il avait repéré la manœuvre destinée à le circonvenir. En d'autres circonstances... Les données empiriques colligées par Balint dans les groupes de généralistes qu'il a longtemps animés lui permettent d'affirmer que ce qu'il appelle « la séduction mutuelle », est « un type très fréquent de relation médecin-malade », qui s'avère certes « mutuellement satisfaisante », mais dont le prix à payer est conséquent : les deux protagonistes se trouveront empêchés de repérer le négatif⁷⁶⁷. La conséquence est la même d'ailleurs quand on entreprend de soigner un ami, ou qu'un patient devient l'ami du médecin. L'affection biaise le jugement.

Le passage, roman (largement autobiographique ?) de Jean Reverzy rapporte les maladresses du médecin devant l'amour :

« Tel qui fut don Juan de salle de garde, maintenant quadragénaire, bafouille devant la belle patiente qui s'habille, la consultation terminée. Gauche, maladroite, il voudrait changer le ton du dialogue ; mais ce ton, une fois fixé est immuable. La femme paraît facile et encourage. Le médecin ne peut vaincre en lui-même l'obstacle qui les sépare : « Restez encore, madame. – Mais, docteur, vous avez des clients qui attendent... ». Elle s'étale cependant en un fauteuil. Le praticien offre gauchement une cigarette, voulant par ce geste inattendu créer une atmosphère familière, déjà intime... Ces comédies sont parfois le prélude à des rendez-vous tels que ceux dont je venais de trouver un exact souvenir. On s'y rend nerveux, à l'heure fixée, comme à une convocation de police. »⁷⁶⁸

⁷⁶⁵ BERSANI Leo, *Sexthétique*, op.cit., p.19.

⁷⁶⁶ MARTIN DU GARD Roger, « La consultation », op.cit., p.67-68.

⁷⁶⁷ BALINT Michael et Enid, *Techniques psycho-thérapeutiques en médecine*, op.cit., p.100.

⁷⁶⁸ REVERZY Jean, « Le passage » (1954), *Oeuvres complètes*, Paris, Flammarion, 2002, p.35.

Côté malade, on trouvera par exemple dans un récit de malade une description détaillée d'un amour intense entre l'auteure et son médecin-analyste⁷⁶⁹. Il y a toutefois des expériences contraires. Voici par exemple ce que dit la narratrice de *Hors de moi* : « La majorité de ceux qui ont vu mon corps nu l'ont touché sans le moindre désir »⁷⁷⁰. Ce n'est pas seulement un constat, car la narratrice déplore ensuite que son corps « médicalisé » ne soit plus qu'une chose, exposée sans émotions, dont la maladie a imposé l'indécence. Regrette-t-elle qu'il n'y ait pas eu la moindre marque de désir dans le regard des médecins qui l'ont approchée ? Ou signale-t-elle les effets qu'a eus la médicalisation de son corps sur sa vie érotique en général ? Toujours est-il qu'un jour le désir est réveillé par un regard de séduction⁷⁷¹.

On rappelle régulièrement à ce propos le texte « Le serment » du corpus hippocratique :

« Dans quelque maison que j'entre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tout méfait volontaire et corrupteur, et surtout de la séduction des femmes et des garçons, libres ou esclaves »⁷⁷².

Certains traducteurs précisent qu'il ne s'agit pas seulement de se garder d'être séduit mais de se préserver de relations sexuelles, lesquelles auraient été fréquentes à l'époque d'Hippocrate⁷⁷³. Le terme grec est *aphrodision ergon*, qu'on pourrait traduire par « les œuvres d'Aphrodite »⁷⁷⁴. Perez et al. ont analysé 50 versions du serment prononcé par les médecins, plus ou moins fidèle au texte initial attribué à Hippocrate : la moitié d'entre elles seulement mentionnent explicitement la prohibition des relations sexuelles entre médecins et patients⁷⁷⁵. Actuellement, le serment d'Hippocrate n'est plus toujours conçu comme un engagement personnel : les médecins forment une profession, et toute profession est régie par des règles qui traduisent un contrat avec la société⁷⁷⁶.

2.2. Constats et jugements

De fait, les cas de « romances » engagées entre médecins et patients, ou de relations sexuelles, sont rares⁷⁷⁷, mais existent⁷⁷⁸. Ce qui apparaît dans la littérature professionnelle

⁷⁶⁹ SEY Marie, *Le malaise d'Hippocrate...*, op.cit.

⁷⁷⁰ MARIN Claire, *Hors de moi*, op.cit., p.7.

⁷⁷¹ Ibid., p.43.

⁷⁷² HIPPOCRATE DE COS, « Le serment », op.cit., p. 631.

⁷⁷³ PEREZ Susanna, GELPI Ricardo, RANCICH Ana Maria, « Doctor-patient sexual relationships in medical oaths », *Journal of Medical Ethics* 2006;32:702-705.

⁷⁷⁴ Mes remerciements à Michel Constantopoulos pour son aide précieuse dans l'abord du grec, à l'occasion de ce passage et de bien d'autres encore.

⁷⁷⁵ PEREZ Susanna et al., « Doctor-patient sexual relationships in medical oaths », art.cit.

⁷⁷⁶ HEUBEL Friedrich, « The « soul of professionalism » in the Hippocratic Oath and today », *Medicine Health Care and Philosophy* 2015; 18 :185-194.

⁷⁷⁷ COLLIER Roger, « When the doctor-patient relationship turns sexual », *Canadian Medical Association Journal* 2016; 188(4): 247-49. Cette rareté affirmée par l'auteur canadien est discutable. Une étude indienne menée auprès de psychiatres et de psychologues rapporte une connaissance d'abus sexuels par 25% (relations sexuelles) à 60% (examens physiques inappropriés) des professionnels interrogés. KURPAD SS, MACHADO T, GALGARI RB, « Is there an elephant in the room ? Boundary violations in the doctor-patient relationship in India », *Indian Journal of Medical Ethics* 2010; 7 (2): 76-81. Skipper mentionne une étude confidentielle selon laquelle 8% des médecins admettaient avoir commis des écarts de conduite d'ordre sexuel avec un ou plusieurs patients : SKIPPER GE, SCHENTHAL S, « Sexual misconduct by professionals : a new paradigm of understanding », *Missouri Medicine* 2012 ; 109(3):184-6.

⁷⁷⁸ Au Canada, les estimations vont de 6 à 11 cas pour 10000 médecins par an (cas jugés en commission disciplinaire).

concerne des actes réprimés en tant qu'ils nuisent aux intérêts des personnes concernées et qu'ils contreviennent aux rôles sociaux attendus⁷⁷⁹. Certains auteurs considèrent qu'il s'agit d'un véritable problème de santé publique⁷⁸⁰.

L'initiateur est tantôt le médecin, tantôt le patient. S'il s'agit parfois d'abus et d'écarts de conduite blâmables de la part de médecins, certaines affaires de cœur semblent un peu plus complexes⁷⁸¹, mais les relations amoureuses sincères sont un sujet tabou⁷⁸². Au Canada, si un médecin a des relations sexuelles avec un patient en cours de prise en charge, même si ce dernier est consentant, il doit cesser la relation professionnelle sous peine de blâme pour abus sexuel : le consentement est réputé impossible à cause du déséquilibre des pouvoirs⁷⁸³. La notion d'abus sexuel s'étend d'ailleurs aux attouchements et aux remarques d'ordre sexuel. Ces médecins sont considérés soit comme des prédateurs sexuels, soit comme des professionnels dont les problèmes personnels (ou le démon de midi) ont altéré le jugement (des praticiens « égarés ou dérangés »⁷⁸⁴), même s'ils croient tout simplement être tombés amoureux⁷⁸⁵. On retrouve ici la confusion rendue possible par la configuration médicale.

Les psychiatres, les généralistes et les gynécologues sont les trois spécialités les plus fréquemment impliquées dans des cas disciplinaires⁷⁸⁶ : la nature et la durée de la relation sont supposées favoriser les transgressions⁷⁸⁷.

Il s'agit presque toujours de médecins hommes et de patientes⁷⁸⁸, mais il est arrivé à des femmes médecins de subir du harcèlement sexuel⁷⁸⁹, ou de prendre un patient pour amant⁷⁹⁰. Pour le patient, l'empathie dont témoigne le médecin peut être source de confusion. Un patient vulnérable, et peut-être en quête d'amour, peut se méprendre sur le sens des mots et des gestes apaisants. Mais l'initiative du patient ne saurait être un motif d'atténuation de la responsabilité médicale. Si le patient cesse d'être un patient, les choses sont moins claires : on ne peut violer

⁷⁷⁹ COHEN Claudio, L'ABBATE KELIAN Rogério, AYER OLIVEIRA Reinaldo, GOBBETTI Gisele Joana, Massad Eduardo, « Sexual harassment in the physician-patient interaction : analysis of charges against doctors in the State of São Paulo », *Clinics* (Sao Paulo) 2009 ; 64(11): 1075-1083.

⁷⁸⁰ Ibidem.

⁷⁸¹ COLLIER Roger, « When the doctor-patient relationship turns sexual », art.cit.

⁷⁸² CHVETZOFF Roger, « Médecins, patients et leur relation amoureuse : Erôs contre Anterôs », *Médecine & Droit* 2017 :104-7.

⁷⁸³ On remarquera qu'il se produit ici le même phénomène de dévalorisation du consentement qu'on peut observer dans d'autres secteurs. On pose la loi générale (par exemple : il y a une sujétion psychologique) et il est impossible pour une singularité d'y objecter. Sur cette question, voir LIOTTA David, « Deux dévalorisations récentes du consentement », in : Caverni Jean-Paul et Gori Roland (dir.), *Le consentement. Droit nouveau du patient ou imposture ?*, Paris, In Press Editions, 2005, p. 71-83.

⁷⁸⁴ HOERNI Bernard, « Pratique médicale et sexualité », Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins décembre 2000, Paris, Conseil national de l'Ordre des médecins; 2000.

⁷⁸⁵ SKIPPER GE, SCHENTHAL S, « Sexual misconduct by professionals... », art.cit.

⁷⁸⁶ Par contre, une enquête menée en Allemagne auprès d'environ 1000 femmes consultant en gynécologie n'a relevé qu'un cas d'avances sexuelles de la part du gynécologue. PESCHERS Ursula M, DU MONT Janice, JUNDT Katharina, PFÜRTNER Mona, DUGAN Elizabeth, KINDERMANN Günther, « Prevalence of sexual abuse among women seeking gynecologic care in Germany », *Obstetrics and Gynecology* 2003, 101 (1), 103-108.

⁷⁸⁷ COLLIER Roger, « When the doctor-patient relationship turns sexual », art.cit.

⁷⁸⁸ COHEN Claudio et al., « Sexual harassment in the physician-patient interaction... », art.cit. Certains ont remarqué qu'on ne traite pas de la même manière les relations qui se tissent entre une infirmière et un malade : Chris Jones, « Dating patients », *British Medical Journal* 2006;333:1272.

⁷⁸⁹ BAKER Lorraine, « Sexual harassment by patients forces doctors to alter their practice », *British Medical Journal* 2014;348:118.

⁷⁹⁰ CHVETZOFF Roger, « Médecins, patients et leur relation amoureuse : Erôs contre Anterôs », art.cit.

une relation médicale qui n'a plus cours. En 1994, certains préconisaient encore un délai d'attente après cessation de la relation professionnelle⁷⁹¹. Plus récemment, les instances ordinales (par exemple le *general medical council* britannique, l'association américaine de psychiatrie, ou encore le collège américain des gynécologues et obstétriciens⁷⁹²) interdisent des relations sexuelles avec des patients passés, sans délai de prescription. Il y a eu très nettement une évolution des opinions à ce sujet. Par exemple, la version 2006 du guide britannique recommandait encore de « bien peser le pour et le contre avant de s'engager dans une relation avec un patient passé »⁷⁹³. Considérer le malade passé comme définitivement vulnérable et ne pouvant assumer ses choix relationnels, n'est-ce pas un relent de paternalisme ?

La dénonciation des abus des collègues est préconisée⁷⁹⁴. Certaines recommandations, par exemple en Inde, sont très étendues : des cadeaux acceptés, des confidences personnelles faites au patient, l'évolution vers une relation amicale, font partie de ce qui est considéré comme une transgression de la relation médecin-malade⁷⁹⁵. Ces attitudes feraient d'ailleurs le lit de l'inconduite sexuelle, l'argument de la « pente glissante » est souvent invoqué⁷⁹⁶.

La question du désir et de l'amour s'efface derrière le devoir professionnel : *primum non nocere*, voilà le principe ancestral qui se trouve rappelé. Que des interdits signalent la possibilité d'une transgression indique que quelque chose se trouve là dompté, discipliné, domestiqué, civilisé. Des conseils sont délivrés dans les revues professionnelles⁷⁹⁷. Qu'il s'agisse de transfert ou d'un trouble de la personnalité (du patient ou du médecin), peu importe aux yeux de la plupart des auteurs : « dans tous les cas, il est important de rétablir les limites de la relation médecin-malade »⁷⁹⁸. C'est comme clinicien que le médecin est le plus apte à apporter son aide, pas comme ami ou comme amant. Cohen suggère que les rapports sexuels entre médecin et patient sont analogues à un inceste⁷⁹⁹.

2.3. Méconnaissance du transfert ?

Sauf exception⁸⁰⁰, la notion de transfert n'entre pas dans les considérations : il s'agit de prévenir des actes par le rappel d'interdits moraux, par l'éducation à la théorie des limites et le développement de la vigilance à l'égard de toutes les petites transgressions qui signalent déjà une « déprofessionnalisation » de la relation : allonger la durée d'une consultation, rencontrer un patient en dehors du travail, partager un repas, etc.⁸⁰¹ Toucher le patient en-dehors de

⁷⁹¹ APPELBAUM Paul S, JORGENSON Linda M, SUTHERLAND Pamela K, « Sexual relationships between physicians and patients », *Archives of Internal Medicine* 1994;154(22):2561-5.

⁷⁹² COMMITTEE ON ETHICS, « Sexual misconduct », *Obstetrics and Gynecology* 2007, 110(2):441-444.

⁷⁹³ SHEATHER Julian, « Sexual relationships between doctors and former patients », *British Medical Journal* 2006;333:1132.

⁷⁹⁴ COMMITTEE ON ETHICS, « Sexual misconduct », art.cit.

⁷⁹⁵ KURPAD SS, et al., « Is there an elephant in the room ?... », art.cit.

⁷⁹⁶ SKIPPER GE, SCHENTHAL S, « Sexual misconduct by professionals... », art.cit.

⁷⁹⁷ Par exemple : GOODSPEED R, « What if... a patient makes a sexual advance toward you ? », *The Journal of Ambulatory Care Management* 2010; 33(1):89-90.

⁷⁹⁸ Ibidem.

⁷⁹⁹ COHEN Claudio et al., « Sexual harassment in the physician-patient interaction... », art.cit.

⁸⁰⁰ Ibidem. Cohen mentionne l'amour de transfert de la cure analytique, et rappelle qu'il doit faire l'objet d'une « gestion clinique professionnelle » pour être au bénéfice du malade.

⁸⁰¹ SKIPPER GE, SCHENTHAL S, « Sexual misconduct by professionals... », art.cit.

l'examen clinique est soumis à restrictions. Il est permis de serrer la main pour dire bonjour et au-revoir, de poser la main sur l'épaule pour réconforter, mais le « hug » est considéré comme très dangereux car potentiellement mal interprété par le malade et amenant à une plus grande intimité. De même, avoir un ton de voix trop familier, user du prénom, ne pas porter de vêtement professionnel, parler de soi, peut être risqué⁸⁰². Ressentir fréquemment des sentiments inappropriés envers les patients requiert dit-on une aide professionnelle⁸⁰³. Les médecins sont considérés comme devant être soignés : le traitement serait d'ailleurs efficace, amenant peu de rechutes !⁸⁰⁴

On peut plutôt être d'accord avec Cohen qui estime que la plus grande difficulté n'est pas d'apprendre les limites de la morale et de prohiber les actes sexuels dans le cadre professionnel, mais de comprendre les sentiments et de savoir y faire⁸⁰⁵. O'Dwyer rapporte ainsi les conduites distinctes qu'il peut adopter en face de femmes également belles et séductrices : allonger sur le divan celle qu'il a du mal à entendre (à cause de ces aspects), garder telle autre en face à face si la séduction sert à mettre à distance une dépression mélancolique⁸⁰⁶. Comme toutes les recommandations, celles qui sont énoncées sur la conduite relationnelle ressemblent au lit de Procuste qui ne laisse aucune place à l'inattendu.

Un examen plus attentif permet de constater que la littérature professionnelle un peu plus ancienne était d'une tonalité différente. Ainsi, à titre d'exemple, un article publié en 1991 par l'Association médicale américaine rappelait que « la relation médecin malade éveille fréquemment des émotions fortes et complexes tant chez le médecin que chez le patient », qu'il n'est pas inhabituel qu'une de ces émotions soit une attirance sexuelle, et que de nombreux commentateurs estiment que l'attraction romantique ou sexuelle envers des patients n'est ni rare ni anormale⁸⁰⁷. L'admiration, l'affection, le souci de l'autre, qui sont des ingrédients normaux de la relation médecin-malade peuvent être particulièrement puissants quand un des partenaires fait l'expérience de traumatismes, d'événements marquants ou se trouve sous pression. C'est la « retenue professionnelle » qui peut faillir face à ces émotions profondes et qui fait passer de l'attirance au contact physique⁸⁰⁸. On retrouve la problématique de la *sôphrosunē*, à mi-chemin entre érotique et éthique.

Par contraste, en 2000, un rapport du Conseil national de l'ordre posait que « La pratique médicale expose à des tentations sexuelles auxquelles de rares médecins, *égarés ou dérangés*, cèdent »⁸⁰⁹. Les transgressions « heureuses » ne sont ni excusées ni autorisées. Et fin mars 2018, une pétition est adressée au ministère de la Santé français pour demander que

⁸⁰² Ibidem.

⁸⁰³ Ibidem.

⁸⁰⁴ Ibidem.

⁸⁰⁵ COHEN Claudio et al., « Sexual harassment in the physician-patient interaction... », art.cit.

⁸⁰⁶ O'DWYER DE MACEDO Heitor, *Lettres à une jeune psychanalyste*, op.cit., p.52.

⁸⁰⁷ COUNCIL ON ETHICAL AND JUDICIAL AFFAIRS, American Medical Association, « Sexual misconduct in the practice of medicine », *JAMA* 1991;266:2741-5. Les auteurs cités sont tous psychiatres ou psychothérapeutes...

⁸⁰⁸ COUNCIL ON ETHICAL AND JUDICIAL AFFAIRS, « Sexual misconduct in the practice of medicine », art.cit.

⁸⁰⁹ HOERNI Bernard, « Pratique médicale et sexualité », op.cit.

l'interdiction des relations sexuelles entre médecins et patients soit inscrite au Code de Déontologie⁸¹⁰.

Ce mouvement de surveillance et de contrôle des conduites se légitime de quelques abus dénoncés. Mais, relue après l'étude du *Banquet*, il nous semble que l'évolution manifeste qui s'est opérée dans la littérature professionnelle, depuis la reconnaissance de la fréquence et de la normalité de l'attraction érotique vers la seule condamnation d'actes transgressifs, témoigne d'une méconnaissance croissante du lien secret qui unifie les désirs et les amours. Ainsi se trouve justifiée, d'une autre manière encore, la nécessité de notre enquête. Elle accompagne aussi « la volonté des professionnels de santé d'accomplir un travail qui ne soit pas moralement neutre et qui ne devrait être mis en équivalence avec d'autres formes de travail rémunéré dans la société capitaliste »⁸¹¹.

Celle-ci se prolongera dans les deux chapitres qui suivent. Le prochain examinera quelques lieu-tenants de l'amour, plus acceptables pour le public et pour les professionnels. Le dernier chapitre de la thèse examinera quelques vertus éthiques, et la question de l'érotique n'en sera pas absente.

⁸¹⁰ En savoir plus sur http://www.lemonde.fr/sante/article/2018/03/27/une-petition-pour-demander-l-interdiction-des-relations-sexuelles-entre-medecins-et-patients_5276781_1651302.html#xFLFOMCJgeckS3yr.99

⁸¹¹ C'est une volonté exprimée par le mouvement du *professional loving care* (VAN HEIJST Annelies, « Professional Loving Care and the Bearable Heaviness of Being », op.cit.)

CHAPITRE XII. DE L'EROTIQUE A L'ETHIQUE

« Il est rien moins que clair qu'aucun phénomène doive être décrit en ces termes : "A a mal dans le corps de B" ».

Wittgenstein¹

« Hélas ! où dans le monde advinrent plus grandes folies que chez les compatissants ? Et dans le monde, qui a fait plus souffrir que les folies des compatissants ? ».

Nietzsche²

¹ WITTGENSTEIN Ludwig, *RPPI*, op.cit., § 222, p.61.

² NIETZSCHE Friedrich, *Ainsi parlait Zarathoustra ; un livre qui est pour tous et qui n'est pour personne*, trad. Maurice de Condillac, Paris, Gallimard, « Folio essais », 1971, p.123.

Cherchant des fondements à la relation de soin, Frédéric Gros remarque qu'on ne trouve posé ni dans l'amitié, ni dans l'amour, ni dans le respect,

« le problème d'une relation positive à l'autre qui se poserait essentiellement à partir d'un déséquilibre. Il faut pour cela se tourner vers un autre jeu d'affects moraux : la compassion, la pitié, la sollicitude, qui toutes supposent une première inégalité entre les individus de la relation »¹.

Le parcours que nous avons effectué au chapitre précédent a montré amplement, sinon une inégalité, du moins une asymétrie, ou plutôt une disparité subjective : que ce soit dans les érotiques du Banquet, dans la plupart des formes de la *philia* aristotélicienne, dans les méandres du transfert, l'engagement du thérapeute, les embarras de la pudeur, ces facettes de l'amour ont toutes leurs correspondants dans la relation de soin. En particulier, l'amour de transfert/contre-transfert et le thérapeute sont directement articulés au soin, notamment médical pour le transfert, mais plus largement pour le thérapeute. Et la question de la pudeur traverse toutes les professions de soin.

Il est apparu aussi que l'amour était peut-être trop massif. Que l'on s'attache comme le fait Marion à en dégager une théorie uniciste, le voici presque inaccessible dans sa radicalité pour des professionnels qui mettent en œuvre une *tekhnē* supposant bien d'autres composantes. Qu'on le détaille dans ses variétés, le voici émondé des branches indésirables, mais presque rendu invisible. Qu'on en fasse un devoir, et on se heurte aux difficultés que suscite l'adhésion à une foi religieuse, la voie kantienne paraissant, de loin, trop désaffectée. Dans un cas comme dans l'autre, la nécessaire présence empirique de l'amour est perdue de vue. Au point que la question doit être posée : a-t-on réellement besoin d'amour dans la relation de soin ? N'est-il pas préférable de se défaire de ses encombrements pour se tourner vers des domaines plus accessibles et y chercher d'autres appuis plus commodes pour penser la relation médicale ?

Dans la relation de soin, l'autre apparaît

« dans une infériorité qui m'oblige. (...) La compassion désigne une réaction vitale face à la souffrance d'un autre être vivant, (...) un sentiment moral naturel, pré-rationnel dans lequel s'affirme un principe de non-indifférence : par la compassion, j'atteste que je ne peux rester indifférent à la souffrance de l'autre »².

A mi-chemin entre esthétique, érotique et éthique, ou plutôt dans leur zone commune, il est fait grande place à la question des dispositions affectives ou émotionnelles et des comportements souhaitables, attendus voire exigibles de la part des soignants. On parle alors parfois d'émotions morales³. Regarde-t-on leur dimension naturelle, ces émotions morales semblent aussitôt fragiles, pouvant être étouffées par la culture. Mais elles sont aussi équivoques. Il vaudrait mieux se méfier de la pitié, cette mauvaise tristesse qui rabaisse l'autre, et dont la valeur éthique est faible⁴. D'un autre côté, si des dispositions affectives sont souhaitables, doit-on les considérer comme des vertus ? Ekstrom considère par exemple la compassion comme une vertu centrale à la conception juste du bon médecin⁵. La sollicitude, ni

¹ GROS Frédéric, « Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin », *Recherche en soins infirmiers* 2007/2 ; 89 : 15-20.

² Ibidem.

³ GELHAUS Petra, « The desired moral attitude of the physician: (I) empathy », art.cit.

⁴ GROS Frédéric, « Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin », art.cit.

⁵ EKSTROM Laura W, « Liars, medicine and compassion », *Journal of Medicine and Philosophy*, 2012; 37:159-180.

sentiment ni passion, est une activité qui nous met en mouvement vers l'autre : « On s'oblige à la sollicitude ». Cette vertu active implique une certaine réciprocité : l'autre peut m'apporter quelque chose, m'enseigner quelque chose (le courage, ma finitude), ce qui sauve la sollicitude de la pitié⁶.

Naturelles et/ou vertueuses, les émotions se voient reconnaître aussi une dimension « technique ». Si « le corps humain requiert (...) aussi un travail de compréhension » qui n'est pas donnée d'emblée, car « l'expérience de la souffrance est d'abord épreuve de la solitude »⁷, et que la *compréhension* de la situation de l'autre ne va pas de soi, peut-on y accéder sans *être affecté* d'une façon quelconque, et comment en prendre acte au-delà de l'émotion ? Etre ouvert aux signaux émotionnels est pour Nortvedt une précondition pour une bonne compréhension des réalités cliniques, et la part affective de la sensibilité morale est pour lui cruciale⁸. Etre affecté pour comprendre autrui. Comprendre pour le soigner d'une « manière éthique ». Une certaine modalité d'affect, une certaine modalité de compréhension : compassion et empathie sont-ils les noms respectifs de ces modalités ? Le relatif discrédit de la compassion et la confusion conceptuelle qui règne au sujet de l'empathie ne rendent pas l'enquête facile.

L'articulation avec l'action reste également assez obscure. Reconnaître l'importance des affects dans la *tekhnē* médicale amène inévitablement la question de leur développement au cours de la formation. Il est aujourd'hui surtout question de compétences à acquérir⁹, compétences qui seraient par ailleurs mesurables, voire ouvertes à une forme de standardisation : vouloir former au meilleur ne risque-t-il pas alors de produire le médiocre ? S'il y a standardisation¹⁰, ces dispositions sont-elles encore attachées à la « personne » du médecin, à son esthésie individuelle ?

En médecine, l'importance que peut revêtir la personne du médecin devient plus énigmatique. Elle l'était moins semble-t-il du temps de Louis Portes – ancien président du Conseil national de l'ordre des médecins –, qui définissait la rencontre clinique comme celle d'une confiance avec une conscience¹¹. La conscience, voilà par excellence un attribut d'une personne, au sens de la psychologie morale : un individu à qui on peut attribuer non seulement des états mentaux, mais aussi des pensées réflexives sur ses états mentaux. Admettons par commodité que la configuration des états mentaux, qu'ils soient intentionnels (désirs, croyances, cognitions... qui ont un contenu) ou non intentionnels (sensations de plaisir, douleur, anxiété : qui n'ont pas de contenu) est « personnelle », parce qu'ils ne peuvent se dire qu'en

⁶ GROS Frédéric, « Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin », art.cit.

⁷ DRAPERI Catherine, « Narration, soin et accompagnement : accéder au monde de l'autre », *La philosophie du soin*, op.cit., p.37.

⁸ NORTVEDT Per, « Sensibility and clinical understanding », art.cit.

⁹ C'est ainsi que Jacques Poirier, au terme d'une réflexion sur le statut épistémologique de la médecine, affirme que « Compétence (dont normalement le diplôme se porte garant) et politesse (dont personne ne peut se porter caution) devraient être les deux mamelles de la médecine du XXI^e siècle, dont nous espérons tous qu'elle sera à la fois techniquement performante et humainement irréprochable ». POIRIER Jacques, *La médecine est-elle un art ou une science ?*, op.cit., p.74.

¹⁰ Claire Hooker parle du SMS, le standardised medical student. HOOKER Claire, « Understanding empathy : why phenomenology and hermeneutics can help medical education and practice », *Medicine Health Care and Philosophy* 2015;18:541-552.

¹¹ PORTES Louis, « Du consentement à l'acte médical » (Communication à l'Académie des Sciences Morales et Politiques, 30 janvier 1950), in *A la recherche d'une éthique médicale*, Paris, Masson et PUF, 1955, p. 163.

première personne. Admettons ensuite que ces états mentaux peuvent être considérées comme des raisons voire des causes de nos actions, et donc qu'il y a un lien entre des états mentaux personnels et les actions de cette personne. Admettons encore que la médecine d'un médecin peut être décrite sous le rapport de ses actions, observables comme des comportements, mais que nous ne pouvons réellement les *comprendre* qu'en supposant que ces comportements ne se rapportent pas qu'au déterminisme aveugle d'une loi psychologique générale, que ce soit un simple réflexe ou l'obéissance à des recommandations. Si on observe les voitures arrêtées aux feux rouges, on peut se demander s'il existe une loi psychologique d'obéissance qui explique que les conducteurs de voitures s'arrêtent aux feux rouges, mais peut-être que Jean, qui n'a pas l'habitude d'obéir, s'est arrêté au feu non pas parce qu'il était rouge, mais parce que c'était en face de la boutique d'un fleuriste et qu'il avait pris la voiture précisément pour aller acheter un bouquet de fleurs à sa voisine de palier. Bref, tout ceci pour poser une acception provisoire du sens de « personne » du médecin. Au temps de Louis Portes, il était légitime de penser que la personne du médecin jouait un rôle déterminant dans la rencontre clinique.

A peu près à la même époque, Lacan prononce une *Intervention au colloque international de Royaumont (10-13 Juillet 1958)*¹² qui paraîtra dans les *Ecrits* sous le titre « La direction de la cure et les principes de son pouvoir ». Le titre du propos renvoie à une conception « tonique » de la cure : il s'agit de diriger, c'est-à-dire de conduire, de mener à bien¹³, et de ressaisir ce qui se trouve aux principes de son pouvoir d'agir¹⁴. Saisir ce qui en est au principe, voilà qui nous intéresse aussi pour la médecine. Lacan commence par s'intéresser aux effets éventuels de la « personne de l'analyste »¹⁵, et c'est bien dans ce sens-là que nous entreprenons nos recherches dans ce vaste domaine des émotions déjà tant exploré (notamment en médecine). Si dans le *Politique* de Platon, le pouvoir du médecin (illustrant les qualités de l'homme politique idéal) doit être subordonné à la possession d'une *tekhnē* qui surpasse les lois écrites dans sa capacité à traiter effectivement le particulier, ici il s'agit d'examiner les conditions, ou pré-conditions affectives/émotionnelles de ce savoir/pouvoir, si elles existent, mais aussi d'en repérer les entraves éventuelles à l'action juste.

En effet, qu'en est-il aujourd'hui de l'importance accordée à la personne du médecin dans l'équation de la rencontre ?¹⁶ Il ne semble pas que cette importance soit minimisée, mais qu'elle est vue par certains comme une condition nécessaire et par d'autres comme un obstacle qu'il serait bon parfois de pouvoir contourner. Ce qu'on aimerait dans les deux cas, c'est avoir la meilleure réponse médicale au problème soulevé par le malade. S'il y a des écarts entre les pratiques des médecins pris un par un, et les meilleures pratiques, il serait dommage de tomber

¹² Et retravaillée à Pâques 1960 pour la publication dans *La psychanalyse*, 1961, n° 6, « Perspectives structurales », p. 149-206. Parution ultérieure dans les *Ecrits* : LACAN Jacques, « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », op.cit.

¹³ ASSOUN Paul-Laurent, *Dictionnaire des œuvres psychanalytiques*, Paris, Presses Universitaires de France, 2009, p.418.

¹⁴ A l'époque, on parle beaucoup du « contre-transfert » et de son contrôle (cf. Chapitre XI). Comme on le verra, il s'agit dans la direction de donner une direction plus que d'être directif. Lacan, prenant appui sur sa lecture de Freud, situera les principes de l'acte analytique d'une autre manière que celle de la mode de son temps : ce sera pour l'analyste, engagé avec son être dans un agir, de s'en tenir au désir pris à la lettre.

¹⁵ « Qu'une analyse porte les traits de la personne de l'analysé, on en parle comme de ce qui va de soi. Mais on croit faire preuve d'audace à s'intéresser aux effets qu'y aurait la personne de l'analyste ». LACAN Jacques, « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », op.cit.

¹⁶ Doit bien entendu aussi être analysé son effacement de l'équation, une fois le malade rétabli.

sur un mauvais médecin, celui qui ne met pas en œuvre ces meilleures pratiques, notamment parce qu'il est sous l'emprise d'états d'âme : le côté « personnel » est alors saisi dans sa dimension de loterie, d'arbitraire. Les associations d'usagers se saisissent parfois de ces variations dans les pratiques pour les critiquer. Admettons qu'on s'alarme parfois à juste titre de variations illégitimes, d'un médecin à l'autre, sur le traitement de telle maladie. Mais le plus souvent, on oublie dans la critique que ce qui est connu, ce n'est pas la réponse à la demande, c'est la satisfaction (optimale d'un point de vue statistique) d'un besoin ramené à ses paramètres objectifs et communs d'un malade à l'autre. Il y a eu une triple réduction : de la demande au besoin, de la réponse à la demande à la satisfaction d'un besoin, et du besoin du particulier à son expression générique. Admettons qu'on puisse isoler le besoin générique « pur » dans la demande individuelle : ce qui est « personnel » aujourd'hui, c'est ce qui, dans la réponse au malade, excède, enrobe, accompagne, la satisfaction codifiable du besoin. Si on tient cette triple réduction pour impossible pratiquement, il faut (c'est nécessaire pratiquement) concéder ce détour « personnel ».

Et de fait, quand bien même la médecine contemporaine se focalise sur la technologie, nul n'ignore véritablement qu'une bonne pratique médicale ne s'y résume pas. L'émergence de la bioéthique, le mouvement en faveur des droits du patient, les recommandations des ordres professionnels¹⁷, pressent les médecins de réévaluer les bases de leur profession, non seulement dans le sens du respect de principes, mais aussi en renouant avec l'exigence traditionnelle d'être digne de confiance. On pourrait remarquer alors qu'un besoin à satisfaire tendait à être oublié, alors qu'il semble à la fois élémentaire et vital : du « terrain » sont issus de nombreux rapports qui font état d'un manque de compassion et de décence humaine de base, dans les contextes des services de soins et des maisons de retraite¹⁸.

Et ce constat indique d'emblée un double enjeu, individuel et collectif, politique. La question de la viabilité à long terme de la compassion est devenue cruciale, parce que la compassion (individuellement manifestée) n'est plus soutenue par le contexte sociopolitique et l'organisation du système de santé. Le « manque de compassion » a tendance à devenir un mot fourre-tout pour désigner des manquements aux soins, que les politiques publiques devraient prévenir. Ce qui conduit au paradoxe, parce que nous pourrions tout autant constater que nous sommes à l'ère du compassionnel, de la politique compassionnelle et de l'agir compassionnel. La situation est donc très ambiguë, ou apparaît comme une ironie de l'histoire : c'est au moment où on prend résolument le virage de la politique des choses¹⁹ qu'on insiste le plus sur ce qui est en train de disparaître. Soit on se trouve devant une injonction paradoxale qui met les médecins dans cette situation particulièrement pernicieuse de *double bind* (soyez plus objectifs, standardisés, *evidence-based* ; mais, en même temps, soyez plus humains, compassionnels, empathiques, à l'écoute) ; soit on se trouve devant une hypocrisie caractérisée : pour calmer la

¹⁷ En Grande-Bretagne, le *Royal College of Physicians* recommande aux médecins plus d'empathie, de sympathie, de compassion, d'écoute : ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, *Doctors in society - Medical professionalism in a changing world...*, op.cit.

¹⁸ Un seul exemple qui a frappé l'opinion internationale : l'enquête publique sur Mid Staffordshire, un hôpital labellisé qui avait misé beaucoup sur le rendement et l'efficacité, avec un management moderne, mentionne des dizaines de fois le « manque de compassion » de la part des personnels soignants et médecins : FRANCIS Robert, *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation trust public inquiry*, 2013.

¹⁹ MILNER Jean-Claude, *La politique des choses*, op.cit.

vox populi, on fait mine d'entonner des appels vibrants à l'humanisme médical, mais le message véhiculé par EBM, les contrats d'objectifs et de moyens, l'informatisation du dossier médical, les recommandations opposables, est celui-ci : mettez votre personne en veilleuse. Pas besoin de discréditer ouvertement la personnalité du médecin, sa subjectivité, ses émotions : la disqualification est une conséquence automatique, presque un aléa. Sauf à fantasmer que quelques cyniques sont aux manettes et dirigent la manœuvre, il faut bien supposer que toute idéalisation de la compassion ou de l'empathie sera suspecte et qu'il conviendra d'examiner ce volet avec précaution.

Du côté individuel, l'hésitation court entre une empathie naturalisée dans l'activation de neurones miroirs, et des soignants tour à tour cyniquement désaffectés ou carbonisés de compassion. Car il est connu depuis Hippocrate que « le médecin a la vue attristée, le toucher offensé, et dans les malheurs d'autrui son cœur est blessé de chagrins particuliers »²⁰. Il semble donc nécessaire d'approfondir ce que signifient ces dispositions et ces comportements, surtout si on persiste à les considérer comme « appropriés ». Même dans la philosophie médicale, il n'y a guère de consensus. Par exemple, Pellegrino admet certes que des éléments psychologiques et émotionnels soient des parties nécessaires de la moralité, mais il met l'accent sur les vertus intellectuelles qui prédisposent le bon médecin à agir moralement, et critique l'émotivisme moral et l'intuitionnisme comme étant trop relativistes²¹. Il importe donc de tenter de ressaisir les concepts importés dans la *tekhnē*, car en médecine comme en psychanalyse, « il n'y a pas de limite aux abrasements de la technique par sa déconceptualisation »²².

L'étude philosophique des émotions est actuellement polarisée par le cognitivisme, les conceptions affectives étant apparues peut-être insatisfaisantes, notamment pour pouvoir rendre compte de l'intentionnalité de certaines émotions ou pour pouvoir les représenter comme des objets se prêtant à une évaluation rationnelle²³. Dans la langue courante, sentiments et émotions sont souvent employés comme synonymes, et nous entendons ici les émotions comme des états affectifs conscients, donc qui comportent l'expérience subjective de cet état²⁴. En fait, nous n'entendons pas entrer ici dans une discussion approfondie sur la dimension cognitive des émotions, mais rappeler simplement que les émotions peuvent aussi être conçues comme des sensations corporelles (notamment plaisir et souffrance) produites par l'idée de quelque chose de bon ou mauvais, et pas forcément comme des idées suscitées par des modifications corporelles qui seraient premières. Cette direction sensorielle manque cependant un des aspects des émotions, celui d'être dirigées vers quelque chose, et donc d'être intentionnelles en ce sens-là (à la différence des seules sensations corporelles de plaisir et de peine). Les émotions sont une catégorie plus restreinte que les sentiments. On est en colère contre quelqu'un, effrayé par quelque chose, etc.²⁵ La question peut se poser de savoir si l'intentionnalité est synonyme de contenu cognitif de l'émotion : cela suppose un concept large

²⁰ HIPPOCRATE DE COS, « Des vents », *Œuvres complètes*, vol. 6, trad. Emile Littré, Paris, J.-B. Baillière, 1849, p.90.

²¹ PELLEGRINO Edmund D., « What the philosophy of medicine is », *Theoretical Medicine and Bioethics* 1998;19: 315-36.

²² LACAN Jacques, « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », op.cit.

²³ DEIGH John, « Cognitivism in the theory of emotions », *Ethics* 1994 ; 104 : 824-54.

²⁴ Alors que certains les opposent –dans un but de recherche- en faisant des émotions les phénomènes observables dont les sentiments sont l'expérience subjective (par exemple ANTONIO DAMASIO, *Spinoza avait raison. Joie et tristesse, le cerveau des émotions*, Paris, Odile Jacob, « Poches », 2005, p.34).

²⁵ Il est vrai que l'angoisse est souvent sans objet.

de ce qu'est une pensée (sentir, imaginer, etc.), et de ne pas la limiter à un contenu propositionnel.

L'étude philosophique plus récente des émotions se porte moins sur les investigations empiriques que sur l'étude des concepts et des mots que nous utilisons pour comprendre et décrire les phénomènes. Les concepts de colère, de crainte, d'envie, de honte, de pitié, etc. contiennent des pensées (au sens intellectualiste) dont on peut examiner la logique : dire qu'une personne éprouve de la compassion pour quelqu'un implique que cette personne croit que quelqu'un est dans un état de détresse. L'idée que les émotions comportent des pensées propositionnelles est devenue dominante, plutôt que leur centration sur les sentiments. De plus, certains insistent sur l'évaluation que comportent les émotions : si l'objet de la crainte doit être quelque chose qui est vu comme une menace, alors la crainte comporte une évaluation de son objet comme source potentielle ou un agent d'un effet négatif²⁶. On remarquera cependant – contre le caractère central de l'évaluation – que l'émotion (par exemple la crainte) peut être générée par une évaluation erronée (de la dangerosité) et/ou une croyance que l'on sait être fausse : c'est le cas des craintes phobiques par exemple. Et aussi que certaines émotions semblent primitives ou naturelles et être générées sans évaluation judicative (ex dégoût²⁷).

Toutes ces précautions étant prises, nous pouvons faire un pas de plus. De nombreux termes ont été suggérés pour décrire le bon médecin : sympathie, empathie, compassion, pitié, bienveillance, bienfaisance, souci, sollicitude, amour, charité, etc. Toutes ces notions impliquent une participation émotionnelle, qui serait au fondement ou qui serait une partie intégrante du comportement moral du médecin. Les connotations actuelles du « prendre soin » suggèrent son ressort dans la personnalité, dans la psychologie de l'agent. De fait, on insiste souvent sur les dispositions affectives de l'acteur du soin : « L'attention à l'autre, comme disponibilité sensible, doit être réaffirmée comme une part décisive du soin »²⁸. Avec aussi des problèmes à résoudre : s'il faut être sensible, et donc vulnérable, pour ne pas rester sourd à l'appel qui me vient d'autrui souffrant, il se peut aussi que les soignants eux-mêmes soient en souffrance, comme si « l'empathie était pathogène »²⁹ comme si la compassion à l'égard des souffrances rendait ces dernières contagieuses. Être sensible à autrui fait-il courir le risque d'être *trop* sensible ? Beaucoup de jeunes soignants croient d'ailleurs qu'être trop attentif à la souffrance c'est ouvrir une boîte de Pandore et que cela doit être évité à tout prix. Il y aurait une étroite corrélation entre le sentiment d'être démuné et impuissant, et la souffrance du soignant, de l'écoutant, du travailleur social³⁰. Être professionnel ce serait alors être détaché : mais d'autres déplorent l'émoussement progressif de la compassion au fur et à mesure de l'avancée dans la formation. Pourtant on sait aussi que le manque de compassion peut ajouter à la souffrance du malade, et conduire à des erreurs de prise en charge.

²⁶ DEIGH John, « Cognitivism in the theory of emotions », art.cit.

²⁷ Toutefois, l'absence apparente d'évaluation individuelle ne contredit pas l'influence du processus de civilisation (Elias) : le rejet de l'animalité, de l'impropre, du sale, se donnent comme des affects universels, mais sont aussi portés et construits par « la pasteurisation » de la biopolitique, l'accentuation du contrôle sur ses propres fonctions corporelles. Voir à ce sujet, MEMMI Dominique et al., *Le social à l'épreuve du dégoût*, op.cit.

²⁸ MARIN Claire, « "Who cares ?" Quelle attention au malade dans la relation thérapeutique ? » in BENAROYO Lazare, LEFEVE Céline, MINO Jean-Christophe, WORMS Frédéric (dir), *La philosophie du soin*, Presses Universitaires de France, Paris, 2010, p. 127-140.

²⁹ FASSIN Didier, *La Raison humanitaire*, Paris, Gallimard/Seuil, 2010.

³⁰ DEJOURS Christophe, *Souffrance en France*, op.cit.

Insister sur la compassion n'est-ce pas verser dans le paternalisme, tisser des réseaux multiples de dépendance, d'assistance généralisée, où la personne risquerait d'être dépouillée de ses responsabilités propres ? On préférera alors l'empathie. Mais l'empathie ne peut-elle pas aussi devenir un instrument au service d'une domination plus grande, ou à tout le moins d'un pouvoir pastoral plus efficace ? Autrement dit, contre la doxa contemporaine du (prendre) soin qui s'appuierait sur des sentiments, ne faut-il pas faire valoir qu'être intéressé dans son être comme l'est le praticien de toute *tekhnē* véritable, ce n'est pas avant tout une affaire de sentiment ? Ce qui est admis généralement c'est que « Le *care* ne doit pas devenir une politique du "cocooning" »³¹, mais ce qui effraie dans une morale de la compassion, c'est qu'elle est ambiguë³². D'un côté, l'engagement soignant vers ceux qui souffrent, très présent dans la vocation soignante, comporte une philosophie implicite :

« il y a des maux immérités (la nature n'est pas toute bonne), nous pouvons y porter remède (nous avons les moyens d'améliorer les choses), nous devons le faire (nous avons une obligation de solidarité à l'égard de ceux qui sont affligés de ces maux) »³³.

Mais d'un autre côté, la compassion est jugée obsolète, réservée à une médecine ignorante et impuissante. Son statut dans l'éthique du soin est incertain : si la pitié est spontanée chez les êtres humains, et que ce sentiment moral nous porte à la bonté, elle atténue cependant les rigueurs de la rationalité et peut en fausser l'exercice. Si la compassion est une vertu potentielle pour Descartes, au fondement de la morale chez Schopenhauer, pour Kant c'est une passion faible, pour les stoïciens, une passion qui rend esclave... Au bout du compte, il faut trancher : pour Anne Fagot-Largeault, la compassion est nécessaire en médecine, car la souffrance traverse les vies, et peut faire fuir car elle a quelque chose de révoltant, mais les malades en détresse ont besoin de présence, et de soignants qui compatissent³⁴. Comment alors nouer l'affectif et le technique ? Le risque n'est-il pas en effet surtout celui de la dissociation du soin, ultratechnique ou hyperaffectif ?

Parmi tous les candidats en lice, c'est l'empathie qui a recueilli un maximum de suffrages, alors que la pitié a été écartée car elle semble inclure une condescendance, une supériorité³⁵ voire un certain mépris³⁶, et qu'elle n'implique pas forcément d'engagement positif en faveur du souffrant³⁷. Si on la définit approximativement comme la « capacité d'un sujet à comprendre et/ou partager l'état émotionnel d'autrui », alors « l'empathie peut sembler étroitement liée à l'exercice de la Médecine »³⁸.

L'empathie garantirait la compréhension émotionnelle du malade et la proximité du soignant au patient, et ferait en quelque sorte un contrepoids indispensable à la distanciation et à l'objectivité favorisées par une formation technoscientifique, l'art médical étant celui de la

³¹ VALADIER Paul, « Apologie de la vulnérabilité », *Etudes* 2011 ; 4142 :199-210.

³² FAGOT-LARGEAULT Anne, *Médecine et Philosophie*, op.cit., p.243-260.

³³ Ibidem.

³⁴ Ibidem.

³⁵ On peut peut-être se garder de ce travers en posant que l'asymétrie dans la situation est due à la situation vulnérable du patient et non pas à la supériorité morale du soignant.

³⁶ On verra plus loin que Spinoza nous affranchit de la condescendance pour ne voir que le désir.

³⁷ EKSTROM Laura W, « Liars, medicine and compassion », art.cit.

³⁸ LEMOGNE Cédic, « Empathie et médecine », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* 2015 ; 199 (2-3) :241-252.

négociation entre les deux pôles³⁹. Le concept d'empathie est cependant loin d'être clair et univoque : synonyme pour les uns de sympathie, de compassion, de bienveillance, de sollicitude, elle doit en être distinguée pour les autres : la compassion serait la composante émotionnelle, l'empathie une capacité cognitive, et le care la mise en actes des deux : « Physicians must be compassionate and empathetic in caring for patients »⁴⁰.

Quels que soient les contours respectifs de ces notions, s'il y a des émotions qui ont une telle importance, alors il faut s'y intéresser de près, car les émotions peuvent aussi perturber le jugement, influencer des croyances et des décisions. Il est alors question de « compétences émotionnelles » à acquérir et à cultiver, de « travail émotionnel », tout comme on s'emploie ailleurs à la « rééducation émotionnelle des patients ». On minimisera la pierre jetée par Kant dans le jardin de la compassion lorsqu'il énonce « la loi qui doit régir l'esprit du médecin lorsqu'il exerce la médecine (...): garder par compassion l'esprit libre de toute émotion »⁴¹ !

Sans vouloir à tout prix respecter un cheminement historique, nous commencerons par un retour en arrière, car le dossier de la compassion commence avec la *Rhétorique* d'Aristote. Nous y puiserons les éléments de notre analyse (A), avant de nous interroger sur le lien qui peut ou non être établi entre compassion et amour (B). Plus important est celui qui va de la compassion à l'action : Spinoza sera alors notre guide pour un cheminement tortueux entre émotion et raison (C). L'heure étant davantage à l'empathie, nous n'avons pas pu éviter un détour par cette notion qui s'avère à l'usage pleine de difficultés (D). Prenant alors une autre direction pour explorer le nœud de l'affaire, c'est-à-dire le lien entre esthésie et érotique des émotions d'une part, éthique de la relation médicale d'autre part, nous nous poserons la question suivante : en quoi le médecin y est de sa personne (E) ? L'analyse critique de la vulnérabilité du médecin (qui a quelque légitimité à être présentée comme une réponse philosophique possible à la question posée) précède un détour inspiré par le texte de Lacan sur la direction de la cure.

A. LA COMPASSION, POINT DE DEPART

Il est légitime de prendre Aristote comme point de départ, car la définition qu'il donne de la compassion, dans un passage de la *Rhétorique*, est restée remarquablement constante au cours du temps⁴². Voici cette définition :

« La compassion⁴³ (ἔλεος, *éleos*) est un sentiment désagréable qu'on éprouve à la vue d'un mal destructeur ou désagréable, qui frappe quelqu'un qui ne le mérite pas – mal qu'on peut s'attendre à subir, soi ou l'un des siens, ce mal apparaissant proche »⁴⁴.

³⁹ GELHAUS Petra, « The desired moral attitude of the physician: (I) empathy », art.cit.

⁴⁰ C'est ainsi que l'association regroupant les différents collèges de spécialistes américains (Association of American Medical Colleges) fixait dès 1998 cet objectif pour les étudiants en médecine, et pour les facultés qui les forment. ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES. 1998. Report 1: Learning Objectives for Medical Student Education, Guidelines for Medical Schools. Medical Schools Objectives Project. Washington, D.C., Association of American Medical Colleges.

⁴¹ KANT Emmanuel, « La médecine du corps qui est du ressort des philosophes », art.cit., p.138 (AK, XV, 948).

⁴² NUSSBAUM Martha C, *Upheavals of thought ; the intelligence of emotions*, Cambridge, Cambridge University Press, 2001, p.301.

Et voici, par exemple, ce qu'en écrit Adam Smith : la compassion est « l'émotion que nous sentons pour la misère des autres, que nous la voyions ou que nous soyons amenés à la concevoir avec beaucoup de vivacité »⁴⁵. La définition est moins complète, mais néanmoins proche et nous détaillerons un peu plus loin des différentes composantes de cette émotion.

A.1 EMOTIONS, JUGEMENT, ACTION

La compassion entre dans la composition d'une liste d'états affectifs (*pathos*) : l'appétit (*epithumia*), la colère, la crainte, l'audace, l'envie, la joie, l'amitié (*philia*), la haine, le regret de ce qui a plu, la jalousie, la compassion (*éleos*), tout ce qui entraîne plaisir ou peine.

Ces émotions font partie, à côté des facultés (*dynamis*) et des dispositions (*hexis*), des phénomènes de l'âme (*psukhē ginomena*) (EN, 1105b20). Attention toutefois à l'expression *psukhē ginomena* : « Il est sans doute préférable de ne pas dire que l'âme éprouve de la pitié, apprend ou pense, et de dire que c'est l'homme, par son âme » (*De l'âme*, 408b13). Les émotions relèvent en effet de l'ensemble corps+âme⁴⁶, et des signes corporels leur sont associés : on rougit de honte, on pâlit de peur (EN 1128b18).

Par définition, les émotions comportent un rapport nécessaire au plaisir ou à la peine. Ceci a une conséquence importante, car on sait d'autre part que « nous déterminons (*kanonizein*) nos actions (*praxeis*) selon le plaisir et la peine » (EN 1105a5-6). Comme nous le savons depuis les notations faites sur le plaisir lié à l'activité, les émotions « participent à une grande partie de nos jugements et activités »⁴⁷. Nous avons donc chez Aristote d'une part un lien entre plaisir/peine et activité/jugement, d'autre part une corrélation organique entre états affectifs et plaisir/peine. Par transitivité, cela suggère fortement un lien entre les états affectifs (plaisir/peine accompagnant une inclination) d'une part, les jugements et les actions d'autre part.

Les jugements peuvent être une conséquence de l'émotion (« car on ne rend pas les jugements de la même façon selon que l'on ressent peine ou plaisir, amitié ou haine » *Rhét.* 1356a15-16), certaines émotions impliquent par définition une forme de jugement (on l'a vu dans la définition de la compassion⁴⁸), d'autres modifient l'appréhension perceptive d'une situation (l'émotion peut faire qu'on entende de travers). Par ailleurs l'étymologie d'émotion évoque le mouvement, l'action (« c'est en raison de nos affections que nous sommes dits être *mus* » EN 1106a5).

⁴³ On trouve aussi des traductions de *éleos* par pitié.

⁴⁴ ARISTOTE, *Rhétorique*, II, chap. VIII, 1385 b 13-16. Op.cit, p.156.

⁴⁵ SMITH Adam, « De la sympathie », *Revue française de psychanalyse* 2004/3 ;68 : 763-8.

⁴⁶ ARISTOTE, *De l'âme* 403a16 : « Il semble bien que toutes les déterminations de l'âme (les affections de l'âme) soient données avec un corps (...) car en même temps que se produisent ces déterminations, le corps éprouve une modification »).

⁴⁷ EBBERSMEYER Sabrina, « Conduire ou séduire la raison ?... », art.cit.

⁴⁸ Par exemple être mû par l'envie implique d'être conduit à un ensemble de jugements qui exclut ceux de la pitié. Il peut donc y avoir une concurrence entre états émotifs, avec des conséquences.

A.2 ANALYSE DE LA COMPASSION

Revenons à la définition de la compassion :

« La compassion est un sentiment désagréable qu'on éprouve à la vue d'un mal destructeur ou désagréable, qui frappe quelqu'un qui ne le mérite pas – mal qu'on peut s'attendre à subir, soi ou l'un des siens, ce mal apparaissant proche » (*Rhét.* 1385b13-16).

Remarquons qu'*éleos* est un état affectif mentionné aussi dans la *Poétique* : susciter la peur et la compassion, et à travers elles, du plaisir, est la marque des meilleurs dramaturges (*Poétique* 1453b). Ce plaisir ne semble pas être de la *Schadenfreude*, ni celui de l'autosatisfaction à prendre conscience de sa propre faculté de compatir, mais paraît résulter d'une purge/purification cathartique : en effet, « la tragédie (...) au moyen de la peur et de la compassion, effectue la *catharsis* de ces vécus émotionnels (*pathēmatōn katharsin*) » (*Poétique* 1449b25). Joos remarque que ces affects sont à la fois instruments et objet de la catharsis⁴⁹.

Si on rapproche cet exemple de la définition générale de la compassion, on s'aperçoit du rôle que joue la vue⁵⁰. Dans les deux cas, théâtre et vie réelle, ne s'agit-il pas d'un spectacle ? Joos les met en parallèle : « En fait, je sais trop bien que le malheur en question ne me touche pas et que je n'y assiste qu'en spectateur ». Si la « distance dans l'identification » est le lien qui unit au théâtre spectateur et représentation, faut-il pour autant en conclure que dans la vie concrète, le « spectateur », involontaire cette fois – quoique le caractère involontaire soit très discutable pour le médecin⁵¹ –, a conscience de la distance qui le sépare du malheureux⁵² ? Peut-on entrevoir ici une manière de « prendre de la distance » et de manquer de compassion ? L'imagination (« mal qu'on peut s'attendre à subir ») convoque à faire du malheur réel d'autrui une possibilité de malheur pour soi, mais (soupir de soulagement) ce n'est qu'une représentation dont je suis le spectateur à distance.

Quant à la catharsis, on pourrait se méprendre, d'autant qu'à l'usage médical du terme peut correspondre l'idée d'une évacuation libérante⁵³ : la mise en scène théâtrale de la tragédie, en agissant à travers les émotions de peur et de compassion, n'en provoque pas l'élimination ! Martha Nussbaum indique à ce propos qu'il faut entendre le terme de catharsis, dans tous ses usages, comme une clarification⁵⁴.

Après la définition, Aristote énumère les conditions à remplir⁵⁵ pour être capable de compassion. Attention, il ne s'agit pas de conditions normatives, mais plutôt du fruit de données empiriques, comme le ferait un ethnologue.

⁴⁹ JOOS Jean-Ernest, « La "catharsis" et le moment historique de la tragédie grecque », *Études françaises* 1979 ;15(3-4) :21-44.

⁵⁰ Importance de la vue déjà rencontrée dans la pudeur, au chapitre précédent.

⁵¹ Qu'il le récuse n'écarte pas la possibilité d'une exposition « volontaire inconsciente » au malheur d'autrui. La question se pose bien sûr tout autant pour les autres professionnels du soin, et pour les bénévoles également.

⁵² La situation est intermédiaire avec la télévision, qui nous offre un spectacle « réel », mais dont le ressort est imaginaire. Qu'en est-il alors pour la télé-médecine ? Est-ce qu'elle n'offre pas un cadre qui dispense d'une vision directe ?

⁵³ Nietzsche rappelle que les philologues ne savent pas s'ils doivent ranger la catharsis d'Aristote au nombre des phénomènes médicaux ou moraux. NIETZSCHE Friedrich, *La naissance de la tragédie*, op.cit., p.130.

⁵⁴ NUSSBAUM Martha, *La fragilité du bien*, op.cit., p.482-85.

⁵⁵ Ici, ce sont les *ekhontes*, forme du verbe avoir, dont dérivent les *hexis* en tant qu'états.

Il faut d'abord pouvoir croire qu'on va avoir à subir telle ou telle épreuve, et donc ne pas se sentir complètement perdu (tout a été déjà subi), ni à l'inverse trop heureux, pour penser avoir à subir un mal quelconque.

« Sont capables de compassion ceux qui estiment avoir encore des épreuves à subir, ceux qui en ont déjà subi et qui les ont surmontées, les gens âgés parce qu'ils ont du discernement et de l'expérience, les gens faibles et plus encore les gens timides, et les gens instruits parce qu'ils ont du jugement. Ceux aussi qui ont parents, enfants, et femmes, car ces êtres font partie d'eux et sont susceptibles d'avoir à subir le mal » (*Rhét.* 1385b).

On voit par là qu'il s'agit d'une faculté d'imagination, d'identification « faible » qui ne signifie pas « se mettre à la place de l'autre », mais plutôt une proximité simplement humaine que le mal survenu (à l'autre) rend soudain concrète : perception de sa propre vulnérabilité. Pour Levinas, la capacité de compatir est la marque de l'humanité, « le grand événement humain, le grand événement ontologique »⁵⁶.

La seconde grande condition est de se tenir à distance des états extrêmes (des diathèses hubriques). Il ne faut ni être en colère ni avoir une totale confiance en soi (car alors on est « dans une disposition étrangère au courage »⁵⁷), ni avoir l'esprit vengeur : ces états ne permettent aucune évaluation. Mais pas non plus être dans la terreur, car on est là « entièrement à son affect » (*Rhét.* 1385b34). Comme on l'a vu pour la relation de *philia*, il y a un lien entre le rapport à soi et le rapport à autrui.

Aristote récapitule en disant que

« en règle générale, on a de la compassion quand on est dans la disposition (*ekhē*) à se rappeler que tel mal est déjà arrivé, à soi ou à un des siens, ou à s'attendre à ce qu'il arrive, à soi ou à l'un des siens » (*Rhét.* 1386a).

La mémoire peut donc aussi jouer un rôle pour stimuler l'émotion.

Puis sont examinés les cas qui suscitent la compassion et les personnes pour qui on en éprouve. Ce qui suscite la compassion, c'est l'ensemble des maux⁵⁸, depuis le désagrément, la douleur jusqu'à la destruction et l'anéantissement, et tout particulièrement ceux causés par la *tukhé*, la contingence, la mauvaise fortune, bref des maux immérités⁵⁹ : parmi les situations évoquées, celles qui touchent le domaine médical sont la mort, la mort imminente (*Rhét.* 1386b), la vieillesse, les conséquences de la famine, la faiblesse physique, l'infirmité, la laideur, la solitude (*Rhét.* 1386a). Les gens pour qui on a de la compassion remplissent tous la condition d'une proximité (car cela renforce la possibilité que ce qui leur arrive peut aussi nous arriver – et « ce que nous craignons pour nous-mêmes est ce qui suscite la compassion quand

⁵⁶ LEVINAS Emmanuel, NORES Jean Marc « Une éthique de la souffrance ... », art.cit., p.133- 135. « La socialité n'est pas simplement le fait que l'on est en nombre. Ce n'est pas la multiplicité humaine qui fait la socialité humaine, c'est une relation étrange qui commence dans la douleur, dans la mienne où je fais appel à l'autre, et dans la sienne qui me trouble, dans celle de l'autre qui ne m'est pas indifférente. C'est l'amour de l'autre ou la compassion. [...] Le fait qu'autrui puisse compatir à la souffrance de l'autre est le grand événement humain, le grand événement ontologique. On n'a pas fini de s'étonner de cela ; c'est un signe de la folie humaine, inconnu des animaux ».

⁵⁷ Le courage est donc une vertu qui rend capable de compassion.

⁵⁸ Chez Rousseau, la pitié est tout simplement « une répugnance innée à voir souffrir son semblable ». ROUSSEAU Jean-Jacques, « Discours sur l'origine de l'inégalité parmi les hommes », 1^{ère} Partie, *Ceuvres complètes III*, Paris, Gallimard, « Pléiade », 1964, p. 154.

⁵⁹ Dans la *Poétique* on trouve aussi cette mention : « la compassion porte sur celui qui ne mérite pas (*anaxion*) un sort malheureux (*dustukhounta*) » (*Poétique* 1453a4).

cela arrive aux autres »), mais d'une façon variable : ce sont des connaissances ou des gens qui nous ressemblent (par l'âge, la condition sociale, les dispositions éthiques, etc.)⁶⁰. Par contre, ce ne sont pas des intimes, car alors c'est une autre émotion, l'effroi (*deinos*) qui occupe la place⁶¹.

Dernière condition, celle de l'imminence du mal. C'est alors de proximité temporelle dont il s'agit. Cette imminence peut être dramatisée par le « geste, la voix, le vêtement, et même l'art du comédien ». Mais une proximité trop grande peut susciter davantage la crainte que la compassion. Toutes ces conditions se renforcent, par exemple quant à l'imminence s'ajoute la pensée que le malheur est immérité (*Rhét.* 1386b).

A.3 EXTENSION DE LA COMPASSION

Nussbaum souligne que « le jugement de possibilités similaires » requiert une démarcation entre les êtres que je compte comme partageant ces possibilités (et ces vulnérabilités) avec moi (ou mes aimés) et les autres⁶². C'est ce dont témoignent parfois les soignants⁶³. Mais on peut se demander si ce qui compte le plus est le jugement de possibilités similaires ou la vulnérabilité à l'autre. Nussbaum interprète les conditions posées par Aristote comme des « croyances »⁶⁴, et ce point fait l'objet de discussions⁶⁵ que nous évoquerons sans les traiter exhaustivement, car il s'agit de la valence cognitive des affects d'une manière plus générale. Paul Audi par contre suggère que « la compassion ne surgit que si l'on est aux prises

⁶⁰ Rousseau fournit un argumentaire qui prolonge ces notations d'Aristote :

« Pourquoi les rois sont-ils sans pitié pour leurs sujets ? C'est qu'ils comptent de n'être jamais hommes. Pourquoi les riches sont-ils si durs pour les pauvres ? C'est qu'ils n'ont pas peur de le devenir. Pourquoi la noblesse a-t-elle un si grand mépris pour le peuple ? C'est qu'un noble ne sera jamais roturier. Pourquoi les Turcs sont-ils généralement plus humains, plus hospitaliers que nous ? C'est que, dans leur gouvernement tout à fait arbitraire, la grandeur et la fortune des particuliers étant toujours précaires et chancelantes, ils ne regardent point l'abaissement et la misère comme un état étranger à eux; chacun peut être demain ce qu'est aujourd'hui celui qu'il assiste. (...) N'accoutumez donc pas votre élève à regarder du haut de sa gloire les peines des infortunés, les travaux des misérables ; et n'espérez pas lui apprendre à les plaindre, s'il les considère comme lui étant étrangers. Faites-lui bien comprendre que le sort de ces malheureux peut être le sien, que tous leurs maux sont sous ses pieds, que mille événements imprévus et inévitables peuvent l'y plonger d'un moment à l'autre. » ROUSSEAU Jean-Jacques, *Emile ou de l'éducation*, Livre IV, édition en ligne www.rousseauonline.ch.

⁶¹ Nussbaum ne suit pas Aristote sur ce point, en notant qu'un parent peut ressentir de la compassion pour son enfant, même s'il l'estime responsable de ce qui lui arrive (NUSSBAUM Martha C, *Upheavals of thought...*, op.cit., p.314).

⁶² Ibid., p.316.

⁶³ Par exemple, cet extrait d'interview d'une infirmière (enquête menée auprès des professionnels de santé impliqués dans les interruptions de grossesse tardives pour raisons médicales) : « j'ai l'impression que j'suis peut-être plus attentionnée, bon en tant qu'femme j'pense, en tant qu'mère aussi, et euh::, puis j'suis mal des fois j'suis mal quoi quand j'les vois pleurer j'suis hyper mal aussi, enfin j'suis plus compatissante [avec les femmes qui viennent de subir une IMG tardive] qu'avec une nana qui va m'appeler en pleine nuit pour dire qu'elle a mal au ventre quoi, alors qu'elle s'est fait opérer. C'est pas pareil ». WEBER J.-C., C ALLAMEL-RAFFIN, T RUSTERHOLTZ, I PONS, I GOBATO, « Les soignants et la décision d'interruption de grossesse pour motif médical ; entre incertitudes cliniques et embarras éthiques », *Sciences Sociales et Santé*, 2008 ; 26 (1) :93-120.

⁶⁴ NUSSBAUM Martha C, *Upheavals of thought...*, op.cit., p.306.

⁶⁵ Voir par exemple : WEBER Michael, « Compassion and pity : an evaluation of Nussbaum's analysis and defense », *Ethical Theory and Moral Practice* 2004; 7: 487-511.

avec l'impénétrabilité de toute souffrance », et est « en relation avec le fait que l'on n'y a aucune part »⁶⁶.

Il remarque aussi que le cercle de la compassion chez Aristote n'est guère plus étendu que celui de l'amitié, et montre comment ce cercle s'agrandira progressivement avec Alexandre et saint Paul (communauté de nature des hommes), l'humanisme de la Renaissance (valeur abstraite de la dignité humaine), la philosophie des Lumières (égalité foncière entre les hommes)⁶⁷. Shaftesbury place la compassion au rang d'une affection/passion naturelle, d'une créature particulière, en relation avec un intérêt pour (les autres créatures de) la même espèce, qui partagent une commune nature, au même titre que la bienveillance parentale ou le secours mutuel⁶⁸. Pour Hume, « Nous avons pitié même des étrangers et de ceux qui nous sont parfaitement indifférents » et « toutes les créatures humaines nous sont reliées par ressemblance »⁶⁹. Aujourd'hui, le prochain qualifie le semblable, fût-il le plus lointain. Nous sommes liés par la vie souffrante et « la compassion est la seule religion qui, pour régner, n'ait même pas besoin de la foi des croyants »⁷⁰.

Si elle s'adresse à un cercle plus vaste, la compassion perd en intensité sensible, car

« la pitié dépend dans une grande mesure de la contiguïté et même de la vue de l'objet, ce qui est une preuve qu'elle dérive de l'imagination ».⁷¹

Devenant politique, elle se dissémine et se fragilise :

« C'est à tout le genre humain qu'il incombe de se montrer compatissant, puisque c'est l'humanité tout entière, sans faire acception de personne, qui se montre, en tout dernier ressort, pitoyable – du moins potentiellement »⁷².

Pour Lasch, la compassion est même devenue le « visage humain du mépris », car elle sous-tend l'acceptation de normes inégales autrefois refusées et « anticipent la citoyenneté à deux vitesses – au nom du souci humanitaire »⁷³. D'une certaine façon, la question de l'universalisation ne concerne pas le médecin, puisqu'une demande lui est adressée. La proximité est là, réalisée spatialement. Ce n'est pas le lointain qui requiert mes soins, mais celui qui m'inquiète. Et pourtant, il n'est pas rare, dans des écrits – étatsuniens – portant sur l'éthique médicale, que soit souligné le fait que la médecine s'exerce sur des « étrangers moraux »⁷⁴.

⁶⁶ AUDI Paul, *L'empire de la compassion*, Paris, Encre marine, 2011, p.14-15.

⁶⁷ AUDI Paul, « D'une compassion l'autre », *Revue du MAUSS* 2008/2 ;32 : 185-202. Aubenque dit que « la connotation communautariste de la théorie aristotélicienne de l'amitié paraît insurmontable ». AUBENQUE Pierre, *Problèmes aristotéliciens...* ; op.cit., p.206.

⁶⁸ SHAFTESBURY, *Enquête sur la vertu et le mérite* (1715), Edition électronique UQAC.

⁶⁹ HUME David, *Traité de la nature humaine, Livre III De la morale*, Édition numérique réalisée le 1er juin 2007 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.

⁷⁰ AUDI Paul, « D'une compassion l'autre », art.cit.

⁷¹ HUME David, *Traité de la nature humaine, Livre III De la morale*, op.cit.

⁷² AUDI Paul, « D'une compassion l'autre », art.cit.

⁷³ LASCH Christopher, *La Révolte des élites*, Castelnau-le-Lez, Climats, 1996, p. 113-5.

⁷⁴ Par exemple CURZER Howard J, « Is care a virtue for health care professionals? », *Journal of Medicine and Philosophy* 1993;18:51-69.

B. AMOUR ET COMPASSION

Nous nous sommes demandé si la compassion était ou non une forme d'amour qui pourrait convenir à la médecine.

Chez Aristote, le lien est ténu et n'apparaît qu'indirectement. Dans la *Rhétorique*, Aristote examine quelles sortes de personne on aime et l'on hait, et pour quels motifs⁷⁵ : « Aimer bien (*philein*), c'est vouloir pour quelqu'un ce qu'on croit être bien – pour lui, non pour soi –, et c'est être capable de le lui procurer, dans la mesure où on le peut » (*Rhét.* 1380b). Il résulte nécessairement de cette définition « qu'un ami partage la joie des bonnes choses et la peine des désagréments pour la seule raison que l'autre les éprouve » (*Rhét.* 1381a). La question à peine effleurée est celle du lien d'amitié par rapport à la sorte de proximité dont nous avons vu qu'elle conditionnait la compassion. Aristote mentionne la compassion qu'éprouve Amasis pour son ami⁷⁶ (qui se trouve en situation de devoir lui demander de l'argent), par opposition à l'effroi qu'il ressent parce que son fils est conduit à la mort (*Rhét.* 1386a).

Dans *l'Éthique à Nicomaque*, nous l'avons vu, la *philia* est bienveillance (une volonté du bien pour autrui) réciproque⁷⁷. Il ne s'agit pas d'une simple émotion, ce sentiment de bienveillance relève d'une disposition⁷⁸. Il y a donc bien un recoupement. Si le lien d'amitié/amour porte à la bienveillance, n'implique-t-il pas une émotion de compassion ? Autrement dit, la bienveillance n'est-elle pas émulée par la compassion ? Toutefois, si l'amitié implique la bienveillance, et donc potentiellement la compassion, la réciproque n'est peut-être pas vraie : la faculté de compassion s'étend pour Aristote, au-delà du cercle des amis⁷⁹. Serait-ce alors la forme d'amour qui sied à la pratique médicale, ou plutôt son degré zéro ?

Si on prend Kant comme point de départ, la réponse est plutôt négative. La *Mitleid*, parfois traduite par pitié, est une forme de sympathie, donc une esthésie de peine attachée à l'affliction d'autrui, qui intègre un devoir (conditionnel) de s'en servir comme moyen pour être activement bienveillant⁸⁰. C'est une faiblesse (la compassion amollissante), pas de l'amour sauf indirectement.

⁷⁵ Nous avons mentionné une partie de la longue énumération des gens que l'on aime en *Rhét.*1381a, dans le chapitre sur la *philia*.

⁷⁶ Contrairement à ce que dit Audi, qui estime que « Aristote ne lie à aucun moment la compassion et l'amitié ». (AUDI Paul, « D'une compassion l'autre », art.cit.)

⁷⁷ *EN*, 1155b : « s'agit-il d'un ami, nous disons qu'il est de notre devoir de lui souhaiter ce qui est bon pour lui. Mais ceux qui veulent ainsi du bien à un autre, on les appelle bienveillants quand le même souhait ne se produit pas de la part de ce dernier, car ce n'est que si la bienveillance est réciproque qu'elle est amitié »

⁷⁸ *EN* 1157b : « Et quand les hommes souhaitent du bien à ceux qu'ils aiment pour l'amour même de ceux-ci, ce sentiment relève non pas d'une émotion, mais d'une disposition ».

⁷⁹ Ici encore, nous nous écartons un peu de l'analyse d'Audi (AUDI Paul, « D'une compassion l'autre », art.cit.).

⁸⁰ KANT Emmanuel, *MMDV*, AK VI 456 : « La sympathie pour la joie ou la peine d'autrui (*Mitfreude und Mitleid*)(*sympathia moralis*) est à la vérité le sentiment sensible d'un plaisir ou d'une peine (pouvant justement être appelé esthétique) qui s'attache à l'état de satisfaction ou d'affliction d'autrui, et dont la nature nous a déjà rendus susceptibles. Mais c'est encore un devoir particulier, quoique simplement conditionnel, de se servir de cette sympathie comme d'un moyen en faveur de la bienveillance active que prescrit la raison, et c'est ce devoir que l'on désigne sous le nom d'*humanité* (*humanitas*) : on ne considère pas seulement ici l'homme comme un être raisonnable, mais aussi comme un animal doué de raison ».

Par contre, le rapport entre amour et compassion est affirmé par Schopenhauer : « Alle Liebe (*agapē, caritas*) ist Mitleid »⁸¹, tout amour est compassion. La « souffrance est le fond de toute vie »⁸², « à la vie est essentiellement et inséparablement unie la douleur »⁸³, et « ce que nous faisons pour les autres, avec toute notre bonté, notre tendresse, notre générosité »⁸⁴, c'est d'adoucir leurs souffrances. Ce qui nous inspire les actions bonnes et douces, c'est la connaissance de la souffrance d'autrui, que nous « devinons d'après les nôtres ». Il le répète : « le pur amour – *die reine Liebe* – (*agapē, caritas*), est par nature même, de la pitié »⁸⁵. Contre Kant (*im geraden Widerspruch mit Kant*), qui ne verrait que faiblesse et non vertu dans la pitié, il affirme que « tout amour sincère et pur est pitié, et tout amour qui n'est pas pitié est égoïsme »⁸⁶.

Levinas pose aussi une équivalence entre amour et compassion. Selon lui, la socialité humaine est « une relation étrange qui commence dans la douleur, dans la mienne où je fais appel à l'autre, et dans la sienne qui me trouble, dans celle de l'autre qui ne m'est pas indifférente ». Cette relation étrange est « l'amour de l'autre ou la compassion »⁸⁷.

Notons que *Mitleid* (littéralement : avec-souffrance) est construit sur le même mode d'un co-affect que sym-pathie ou com-compassion⁸⁸. Dans les traductions françaises (par exemple, celle de Schopenhauer par Burdeau), *Mitleid* est rendu par pitié. Or la pitié a une connotation d'indulgence, connotation qui pollue en quelque sorte le terme de compassion, et qui nous fait penser qu'« aimer quelqu'un par compassion, ce n'est pas l'aimer vraiment »⁸⁹. Et par contre l'aimé qui souffre suscite « un sentiment de compassion violente »⁹⁰. Nous y reviendrons plus loin, mais proposons de considérer pitié et compassion comme des synonymes, comme le suggérait Hobbes en son temps⁹¹.

Chez Spinoza, la compassion (*commiseratio*) n'implique pas obligatoirement l'amour mais un jugement de proximité :

« Nous n'avons pas seulement de la compassion pour une chose que nous avons aimée, mais aussi pour une chose à l'égard de laquelle nous n'avons eu d'affect d'aucune sorte pourvu que nous la jugions semblable à nous » (EIII, prop. 21, scolie).

La proposition 21 venait d'établir le partage des affects de joie et de tristesse entre gens qui s'aiment :

⁸¹ SCHOPENHAUER Arthur, *Le monde comme volonté et comme représentation*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2009, p.471.

⁸² Ibid., p.393.

⁸³ Ibid., p.472

⁸⁴ Ibid., p.472

⁸⁵ Ibid., p.473.

⁸⁶ Ibid., p.473 (traduction modifiée).

⁸⁷ LEVINAS Emmanuel, NORES Jean Marc, « Une éthique de la souffrance ... », art.cit., p.133-5.

⁸⁸ De nombreux termes sont voisins en langue allemande : Anteilnahme, Beileid, Erbarmen, Mitempfinden, Mitgefühl (Mitgefühl partage le même voisinage sémantique que Mitleid, mais le dictionnaire en ligne Duden ajoute « Empathie » aux termes voisins), Sympathie.

⁸⁹ KUNDERA Milan, *L'Insoutenable légèreté de l'être*, Paris, Gallimard, 1984, p. 36. Cité par Paul AUDI, « D'une compassion l'autre », art.cit.

⁹⁰ BARTHES Roland, *Fragments d'un discours amoureux*, Paris, Seuil, « Tel Quel », 1977, p.69.

⁹¹ « Le chagrin devant le malheur d'un autre est la PITIE. Celle-ci vient de ce qu'on imagine qu'on peut être frappé par un semblable malheur. Aussi l'appelle-t-on COMPASSION, et, selon une appellation moderne, FELLOW-FEELING » (HOBBS Thomas, *Léviathan*, op.cit., p.54).

Chapitre XII

« Qui imagine ce qu'il aime affecté de Joie ou de Tristesse, sera également affecté de Joie ou de Tristesse et l'une et l'autre affections seront plus grandes ou moindres dans l'amant, selon qu'elles le seront dans la chose aimée » (EIII, prop.21).

Le scolie vient préciser que la compassion déborde du cadre de l'amour, pourvu que le critère du jugement de similitude soit rempli.

De plus, nous le détaillerons plus loin, pour Spinoza l'amour est une joie⁹², alors que la compassion est une tristesse partagée. Hume (lecteur de Spinoza) affronte la même difficulté :

« Il y a toujours un mélange d'amour ou de tendresse avec la pitié ou un mélange de haine ou de colère avec la méchanceté. Mais il faut avouer que ce mélange semble à première vue contredire mon système car, comme la pitié est un déplaisir et que la méchanceté est une joie qui viennent du malheur d'autrui, la pitié doit naturellement, comme dans tous les autres cas, produire de la haine et la méchanceté de l'amour »⁹³.

Récapitulons. Nous avons d'un côté pu envisager, avec Aristote ou Spinoza, la possibilité d'un lien, relativement ténu, entre amour et compassion, celle-ci étant plus large que celui-là. Et si pour Kant c'est une faiblesse, elle peut aussi activer la bienveillance, et des actes secourables qui seraient en quelque sorte le point de jonction entre compassion et amour. Vient faire obstacle le fait que la compassion soit un déplaisir. De l'autre côté, il y a l'affirmation (Schopenhauer, Levinas) d'une quasi-identité entre amour de l'autre et compassion. La clé est dans la mobilisation de socialité qu'opère la souffrance. Pour Schopenhauer, l'amour est compassion *parce que* la compassion inspire des actes secourables. Mais nous avons vu précédemment chez Kant, que la bienfaisance (bienveillance en acte) doit pouvoir être activée par la seule volonté, sans faire fond sur l'inclination de la bienveillance (bienfaisance en puissance). Il s'agit en quelque sorte, nous l'avons dit dans le chapitre précédent, de « faire l'amour » avant d'être amoureux.

C. DE LA COMPASSION A L'ACTION (A PARTIR DE SPINOZA)

Pour la médecine, y a-t-il des arguments pour faire pencher la balance d'un côté ou de l'autre ? Quel que soit le lien entre compassion et amour, la compassion n'est pour le moment qu'un sentiment déplaisant à la vue du malheur d'autrui. Et pour le médecin (ou plus largement pour le soignant), ce qui importe, c'est ce que ce sentiment lui fait faire. Reste à voir alors ce qui permet de passer d'une souffrance, d'une tristesse, à l'action. Spinoza sera notre guide.

C.1 LA COMPASSION EST UNE TRISTESSE

D'Aristote à Spinoza, le fil n'est pas rompu. Entre l'*éleos* d'Aristote et la *commiseratio* de Spinoza dans l'*Ethique*, il est possible de poser une identité conceptuelle ; ce jugement se fonde

⁹² SPINOZA, E III, scolie de la prop.13 : « L'Amour, dis-je, n'est autre chose qu'une Joie qu'accompagne l'idée d'une cause extérieure ».

⁹³ HUME David, *Traité de la nature humaine, Livre II, Des passions*, Edition électronique, Les classiques des sciences sociales, <http://classiques.uqac.ca/>, p.116.

sur la définition de la *commiseratio*, qui prend place dans une série de définitions des affects qui récapitule la troisième partie de l’*Ethique* (E III, déf.XVIII) :

« La *commiseratio* est une Tristesse qu’accompagne l’idée d’un mal arrivé à un autre que nous imaginons être semblable à nous (voir *Scolie de la Prop. 22*⁹⁴ et *Scolie de la Prop. 27*⁹⁵) ».

La proximité est telle avec la définition d’Aristote que nous estimons légitime d’employer le même terme de compassion⁹⁶, comme nous l’avons fait pour traduire *éleos*⁹⁷.

De fait, le scolie de la proposition 22 (E III) avait déjà proposé cette définition :

« La Proposition 21⁹⁸ nous explique ce qu’est la *Compassion*, que nous pouvons définir comme la *Tristesse née du dommage d’autrui* ».

Quant au scolie de la proposition 27 (E III), il renvoie à une loi générale, celle de l’imitation des affects, dont la compassion est la spécification en cas de tristesse⁹⁹ :

« Cette imitation des affections, quand elle a lieu à l’égard d’une Tristesse s’appelle *Compassion* ».

La définition de la *compassion* est suivie d’une explication :

« Entre la *compassion* et la miséricorde il ne paraît y avoir aucune différence, sinon peut-être que la *compassion* a rapport à un affect singulier, et la miséricorde l’affect devenu manière d’être [habitum] ».

Manzini souligne le parallèle entre passage de l’affect singulier à la disposition chez Spinoza, et passage de *pathos* à *hexis* chez Aristote¹⁰⁰. Nussbaum qui fait équivaloir par contre l’*éleos* d’Aristote et la *Misericordia* de Spinoza¹⁰¹, va un peu plus loin que l’*Ethique* : la miséricorde selon Spinoza est la compassion (affect) devenue disposition.

⁹⁴ E III, Scolie de la Prop. 22. « La Proposition 21 nous explique ce qu’est la *Commiseration*, que nous pouvons définir comme la *Tristesse née du dommage d’autrui*. Pour la Joie née du bien d’autrui, je ne sais de quel nom il faut l’appeler. Nous appellerons, en outre, *Faveur l’Amour qu’on a pour celui qui a fait du bien à autrui* et, au contraire, *Indignation la Haine qu’on a pour celui qui a fait du mal à autrui*. Il faut noter enfin que nous n’avons pas seulement de la commiseration pour une chose que nous avons aimée (comme nous l’avons montré dans la Proposition 21), mais aussi pour une chose à l’égard de laquelle nous n’avons eu d’affection d’aucune sorte pourvu que nous la jugions semblable à nous (comme je le ferai voir plus bas). Et, par suite, nous voyons aussi avec faveur celui qui a fait du bien à notre semblable, et sommes indignés contre celui qui lui a porté dommage ».

⁹⁵ E III, scolie de la prop.27 « Cette imitation des affections, quand elle a lieu à l’égard d’une Tristesse s’appelle *Commiseration* (voir Scolie de la Prop. 22) ; mais, si c’est à l’égard d’un Désir, elle devient l’*Émulation* qui n’est rien d’autre que le Désir d’une chose engendré en nous de ce que nous imaginons que d’autres êtres semblables à nous en ont le Désir ».

⁹⁶ Appuhn traduit *commiseratio* par commiseration, Guérinot et Pautrat donnent pitié.

⁹⁷ Nous avons trouvé avec soulagement un constat analogue chez Manzini. MANZINI Frédéric, *Spinoza : une lecture d’Aristote*, Paris, Presses Universitaires de France, « Epiméthée », 2009, p.81. Il précise que la traduction latine de la *Rhétorique* propose *commiseratio* pour traduire *eleos*. On remarque par ailleurs que le Hume du *Traité de la nature humaine* reste assez fidèle aux propositions d’Aristote et de Spinoza concernant la compassion.

⁹⁸ E III, prop.21 : « Celui qui imagine ce qu’il aime comme affecté de joie ou de tristesse, sera affecté aussi de joie ou de tristesse ; et l’un et l’autre de ces sentiments sera plus grand ou plus petit chez celui qui aime, selon que l’un et l’autre est plus grand ou plus petit dans la chose aimée ».

⁹⁹ Scheler récusera avec force cette idée : « ce n’est justement pas par la pitié que la souffrance devient contagieuse. Au contraire, la pitié est absente, toutes les fois qu’il y a contagion par la souffrance, car alors la souffrance n’est plus celle d’un autre, mais la mienne, et je crois pouvoir m’y soustraire, en évitant le tableau, ou l’aspect de la souffrance en général ». SCHELER Max, *Nature et formes de la sympathie. Contribution à l’étude des lois de la vie émotionnelle*, Paris, Payot, 1950, p.33-34.

¹⁰⁰ MANZINI Frédéric, *Spinoza : une lecture d’Aristote*, op.cit., p.81.

¹⁰¹ NUSSBAUM Martha C, *Upheavals of thought...*, op.cit., p.303.

Ce qui concerne la compassion est un cas particulier d'une loi générale, qu'exprime EIII, prop.27:

« Si nous imaginons qu'une chose semblable à nous et à l'égard de laquelle nous n'éprouvons d'affect d'aucune sorte, éprouve quelque affect, nous sommes par là même affectés d'un affect semblable ».

La démonstration repose sur l'ensemble du « système » et nous ne voulons pas le récapituler ici. Il nous suffira de rappeler qu'il y a, comme c'est connu, deux affects principaux : la joie (qui augmente la puissance d'agir du corps et la puissance de penser de notre esprit¹⁰²) et la tristesse (qui les diminue). Les affects sont actifs ou passifs :

« J'entends *par affects (affectus)* ces affections de corps (*affectiones*) qui augmentent ou diminuent, favorisent ou empêchent sa puissance d'agir, et j'entends aussi en même temps les idées de ces affections. Quand nous pouvons être la cause adéquate de quelqu'une de ces affections, j'entends donc *par affect (affectus)* une action ; dans les autres cas, une passion » (EIII déf3).

Je reprends à Deleuze ce commentaire : « *L'affectio* renvoie à un état du corps affecté et implique la présence du corps affectant, tandis que *l'affectus* renvoie au passage d'un état à un autre »¹⁰³. *L'affectio* est un « signe scalaire », qui exprime un état actuel, *l'affect* un « signe vectoriel » de croissance ou de décroissance¹⁰⁴.

L'affect de tristesse (qui nous intéresse en tant qu'il est impliqué dans la compassion) est « une passion par laquelle l'esprit passe à une perfection moindre » ; quand il concerne l'esprit et le corps, on l'appelle « douleur ou mélancolie » selon qu'une partie est plus affectée que d'autres ou que l'ensemble est affecté de manière égale (EIII, prop.11, scolie). Deleuze développe ainsi :

« La tristesse c'est un affect enveloppé par une affection. **L'affectio** c'est quoi ? C'est une image de chose qui me cause de la tristesse, qui me donne de la tristesse, cette image peut être très vague, très confuse. Pourquoi est-ce que cette image de chose qui me donne de la tristesse enveloppe-t-elle une diminution de la puissance d'agir ? **La chose qui me donne de la tristesse c'est la chose dont les rapports ne conviennent pas avec les miens. Ça c'est l'affectio**. Toute chose dont les rapports tendent à décomposer un de mes rapports ou la totalité de mes rapports m'affecte de tristesse. En termes d'*affectio* il y a une stricte correspondance : la chose a des rapports qui ne se composent pas avec le mien, et qui tendent à décomposer les miens. En termes d'affects je dirais: cette chose m'affecte de tristesse, donc par là même, diminue ma puissance. Double langage des affections instantanées et des affects de passage »¹⁰⁵.

Que ce soit chez Aristote ou chez Spinoza, on ne voit pas facilement venir le ressort de l'action secourable, sauf à vouloir chasser le sentiment désagréable ? Pour la médecine, il convient aussi de mesurer l'impact de ce sentiment désagréable. Par rapport à l'amour (« *L'Amour*, dis-je, n'est autre chose qu'une Joie qu'accompagne l'idée d'une cause extérieure » EIII, prop.13, scolie), il y a un hic, puisque la compassion est une tristesse. Dans un cas, la puissance d'agir et de penser est augmentée, dans l'autre diminuée.

¹⁰² Les deux sont liées (EIII prop11).

¹⁰³ DELEUZE Gilles, *Spinoza. Philosophie pratique*, Paris, Minuit, 2003, p.67.

¹⁰⁴ DELEUZE Gilles, *Critique et clinique*, Paris, Minuit, 1993, p.173.

¹⁰⁵ DELEUZE Gilles, *Spinoza. Cours à Vincennes*, transcription d'enregistrements audio. URL : http://www2.univ-paris8.fr/deleuze/rubrique.php3?id_rubrique=6.

C.2 DE LA TRISTESSE A L'ACTION

Nous pouvons y parvenir en repartant de la loi générale d'imitation des affections, qui chez Spinoza relève d'une sorte de physiologie naturelle qui passe par l'imagination :

« Si nous imaginons qu'une chose semblable à nous et à l'égard de laquelle nous n'éprouvons d'affect d'aucune sorte éprouve quelque affect, nous éprouvons par cela même un affect semblable » (EIII, prop.27)¹⁰⁶.

Il faut souligner que *la réalité de l'affect d'autrui n'est pas en question*, il suffit que *j'imagine* la chose semblable affectée de telle ou telle manière. Par rapport aux conditions posées par Aristote, seule reste celle de la chose semblable à nous. Notons aussi que l'amour ou tout autre sentiment n'est pas un préalable. Nous n'avons pas besoin d'un sentiment préalable, d'une sympathie par exemple, pour être en proie à l'imitation des affects. Par contre, il est nécessaire d'imaginer que l'autre éprouve quelque affect.

Je me sens donc affecté par une tristesse, mais l'idée qui l'accompagne est inadéquate, je n'en saisis pas clairement la cause. Ma puissance d'agir est diminuée. Pire,

« la force d'une certaine passion ou affect peut surpasser toutes les autres actions de l'homme, autrement dit sa puissance, à tel point que l'affect adhère tenacement à l'homme » (EIV, prop.6).

Et pourtant, cela peut conduire à l'action ! C'est ce qu'affirme le corollaire 3 de EIII, prop.27 :

« Si un objet nous inspire de la compassion nous nous efforcerons, autant que nous pourrons, de le délivrer de sa misère ».

Mais pourquoi, et comment ? La démonstration du corollaire est la suivante :

« Ce qui affecte de Tristesse l'objet qui nous inspire de la compassion, nous affecte d'une Tristesse semblable (Prop. préc. [*mimétisme des affects*]) ; par suite, nous nous efforcerons de nous rappeler tout ce qui ôte l'existence de cette chose ou la détruit (Prop. 13), c'est-à-dire (Scolie de la Prop. 9) nous aurons l'appétit de le détruire ou serons déterminés vers sa destruction ; et ainsi nous nous efforcerons de délivrer de sa misère l'objet qui nous inspire de la compassion. C.Q.F.D. » (EIII, prop.27, cor.3, dém.)

Nous ne reprendrons pas en détail la proposition 13 rappelée ici, qui énonce un principe de résistance au mal¹⁰⁷, mais poursuivons par le scolie qui suit la démonstration du corollaire 3 :

« Cette volonté ou cet appétit de faire du bien qui naît de notre compassion à l'égard de la chose à laquelle nous voulons faire du bien, s'appelle *Bienveillance*, et ainsi la *Bienveillance* n'est rien d'autre qu'un *Désir né de la Compassion* ».

De la bienveillance, Spinoza donne également une définition :

¹⁰⁶ Cela généralise ce qui était déjà établi antérieurement vis-à-vis de l'aimé (E III 21 : qui imagine ce qu'il aime affecté de joie ou de tristesse sera également affecté de joie ou de tristesse). Cette contagion émotionnelle y est proportionnelle (E III 21 : et l'un et l'autre affect seront plus grands ou moindres dans l'amant selon qu'ils le seront dans la chose aimée). Nous avons déjà rappelé la condition cette contagion émotionnelle (Scolie de E III 22) : « dans la mesure où nous la jugeons semblable à nous ».

¹⁰⁷ E III, Prop. 13: « quand l'esprit imagine ce qui diminue ou réprime la puissance d'agir du corps, il s'efforce, autant qu'il peut, de se souvenir de choses qui en excluent l'existence » Cor : de là suit que l'esprit a de l'aversion à imaginer ce qui diminue ou réprime sa puissance et celle du corps.

Chapitre XII

« La *Bienveillance* est un Désir de faire du bien (*Benevolentia est cupiditas benefaciendi*) à celui qui nous fait pitié (*ei cujus nos miseret*). Voir *Scolie de la Prop. 27* » (EIII, déf. des affects, XXXV).

On voit s'esquisser ici alors une séquence qui va de l'esthésie à l'éthique en passant par l'érotique : compassion, désir, bienveillance, bienfaisance.

Chez Spinoza on le sait, le désir (*cupiditas*) est l'essence de l'homme¹⁰⁸, il est la modalité concrète du mouvement existentiel, du *conatus*. C'est une puissance d'être, pas un manque¹⁰⁹. Ce *conatus*, comme puissance d'exister, se donne concrètement comme *cupiditas*, comme désir. Cette puissance d'exister n'est donc pas abstraite ou informe, elle est toujours mouvement singulier dirigé vers l'appropriation de biens singuliers, l'obtention de buts concrets. Le Scolie de la prop.9 (E III) est important à rappeler ici :

« Cet effort (le *conatus*), quand il se rapporte à l'Esprit seul, est appelé Volonté ; mais, quand il se rapporte à la fois à l'Esprit et au Corps, est appelé Appétit ; l'appétit n'est par là rien d'autre que l'essence même de l'homme, de la nature de laquelle suit nécessairement ce qui sert à sa conservation ; et l'homme est ainsi déterminé à le faire. De plus, il n'y a nulle différence entre l'Appétit et le Désir, sinon que le Désir se rapporte généralement aux hommes, en tant qu'ils ont conscience de leurs appétits et peut, pour cette raison, se définir ainsi : *le Désir est l'Appétit avec conscience de lui-même*. Il est donc établi par tout cela que nous ne nous efforçons à rien, ne voulons, n'appétons ni ne désirons aucune chose, parce que nous la jugeons bonne ; mais, au contraire, nous jugeons qu'une chose est bonne parce que nous nous efforçons vers elle, la voulons, appétons et désirons » (EIII, prop.9, sc.).

Laurent Bové précise à juste titre que c'est « selon une véritable résistance à la tristesse (en nous-mêmes et chez autrui auquel nous nous identifions) que nous agissons pour venir en aide à notre semblable, pour recomposer la vie en nous-mêmes, chez autrui et avec autrui »¹¹⁰. A l'origine de la moralité, il y a donc un fait « de nature », qui est l'affirmation de la vie contre ce qui l'entrave, dont la tristesse. A l'instar du scolie de EIIIprop9 reproduit ci-dessus Laurent Bové suggère qu'on ne résiste pas à la tristesse parce qu'on la juge comme un mal, mais on juge que la tristesse est un mal *parce qu'on y résiste*¹¹¹. Le désir de faire du bien est donc un appétit conscient de lui-même en vue d'augmenter ma puissance d'agir (et donc ma joie). Cette perspective a pour avantage de ne pas dissocier amour de soi et altruisme en les opposant.

Si on récapitule, nous avons le cheminement suivant : par imitation des affects, la tristesse imaginée d'une chose semblable à moi s'éprouve en moi ; la compassion m'affecte d'une tristesse ; au niveau du corps, s'éprouve une diminution de ma puissance d'agir, de ma force d'exister ; sous l'attribut de la pensée, c'est une passion de l'âme, idée confuse (inadéquate) par laquelle l'esprit affirme une force d'exister diminuée de son corps (ou d'une partie) et par la présence de laquelle l'esprit lui-même est déterminé à penser telle chose plutôt qu'une autre (théorie générale des affects) ; la compassion suscite la bienveillance, laquelle est un appétit

¹⁰⁸ E III, déf. des affects : Le *Désir* est l'essence même de l'homme en tant qu'elle est conçue comme déterminée à faire quelque chose par une affection quelconque donnée en elle.

¹⁰⁹ Par contraste, cette définition, entre des dizaines, du désir conçu dans le champ freudien : « C'est donc plutôt l'assomption de la castration qui crée le manque dont s'institue le désir. Le désir est désir de désir, désir de l'Autre, soit soumis à la Loi ». LACAN Jacques, « Du "Trieb" de Freud et du désir du psychanalyste », art.cit., p.852. Toutefois, dans les deux cas, le « sujet » est « poussé », transi. Et si le *conatus* est mouvement vers l'appropriation de quelque chose, ce quelque chose manque encore.

¹¹⁰ BOVE Laurent, *La stratégie du conatus, affirmation et résistance chez Spinoza*, Paris, Vrin, 1996, p.139.

¹¹¹ Ibid., p.140, n.3.

conscient de l'être (un désir), qui agit en vue de la destruction du mal (principe de résistance à ce qui entrave la puissance d'agir) : « Nous nous efforçons de délivrer de son malheur l'homme qui nous fait pitié » ; la bienveillance nomme « bien » ces actions que nous désirons et que nous accomplissons conformément à ce désir.

Ce qui décide du mouvement des corps, ce qui détermine les forces désirantes des conatus à s'orienter ainsi ou autrement, ce sont les affects. Spinoza nous affranchit en quelque sorte de la condescendance qui pèse sur la compassion quand on l'égalise au sens moderne, péjoratif, de pitié, pour ne retenir que le désir.

Ainsi, la tristesse (qui m'affecte par le malheur d'autrui) qui était décomposition de ma puissance d'agir est contrée par la puissance de l'affirmation de la vie (désir orienté vers l'exclusion des causes du malheur) cause de mon action bienveillante. « L'aversion de la vie à la tristesse est un fait qui n'a en lui ni sens ni valeur mais c'est un fait qui est à l'origine de la moralité »¹¹². La bienveillance n'a pas son origine dans une décision de la raison, mais pas non plus tout à fait dans la compassion qui n'est qu'une occasion contingente de l'action affirmative contre l'intensité de la destruction subie, laquelle n'a pas la compassion comme condition nécessaire. Au cœur de la servitude (être affecté de passions) se trouve donc un centre de vertu et de « liberté »¹¹³.

Le sujet est d'autant plus fort dans ses moyens et ajusté dans ses fins qu'il s'inscrit dans une logique d'amplification continue de la joie et de la puissance.

« Plus on s'efforce de chercher ce qui est utile, c'est-à-dire de conserver son être, plus on en a le pouvoir, plus on est doué de vertu ; et au contraire, dans la mesure où l'on omet de conserver ce qui est utile, c'est-à-dire son être, on est impuissant » (EIV, prop.20).

L'action devient par elle-même une cause efficiente, et l'affect singulier (compassion) tend à devenir une manière d'être (miséricorde).

C.3 FONDER UNE MORALE SUR LA COMPASSION ?

Ne dispose-t-on pas alors d'un dispositif fondateur de type *naturaliste* pour une morale de l'action bienfaitrice ? Schopenhauer place la compassion au fondement de la morale :

« La *Mitleid* est essentiellement propre [sous-entendu : à l'être humain en général, et donc pas seulement à la personne morale], elle ne repose pas sur des présuppositions, des concepts, des religions, des dogmes, des mythes, l'éducation et la culture. Elle est au contraire originaire et immédiate, *elle est inhérente à la nature humaine* et demeure donc valide dans toutes les circonstances, elle se manifeste dans tous les pays et à toutes les époques. C'est pourquoi on peut assurément faire appel à elle en tout lieu, en tant qu'elle est nécessairement présente en chaque homme : nulle part elle ne fait partie des "dieux étrangers" »¹¹⁴.

Freud en fournit peut-être une clé de lecture dans *L'esquisse* : il situe la source des motifs moraux dans un prototype qui est la réponse à l'appel au secours du nourrisson en état de

¹¹² Ibid., p.140

¹¹³ Ibid., p.141.

¹¹⁴ SCHOPENHAUER Arthur, *Le fondement de la morale*, trad. Auguste Burdeau, Paris, LGF/Le livre de poche, 1991.

Hilflosigkeit (désaide, impuissance)¹¹⁵. La compassion du *Nebenmensch*, du proche secourable, n'est-elle pas la condition de possibilité pour continuer à vivre ? Encore faut-il, dit Freud, que la personne secourable exécute pour l'être impuissant l'action spécifique nécessaire.

Que la réponse à l'*Hilflosigkeit* du nourrisson soit un prototype est une chose. Mais fonder une morale sur la compassion est autrement délicat. La configuration nourrisson en désaide/réponse maternelle spécifique ne se transpose pas aisément dans des relations dont le point de départ est imaginaire : il faut en effet, pour que s'éveille la compassion, identifier celui qui souffre comme un « être semblable à moi ».

Tournons-nous vers Kant, pour tester la possibilité d'une morale fondée sur la compassion (nous avons déjà vu ce qu'il en était du devoir d'amour). Pour Kant, la sympathie naturelle est nécessaire (*unfrei* – ne dépend pas de notre volonté) au sens d'une

« *capacité* que nous avons d'éprouver en commun le sentiment du plaisir ou de la peine, que nous donne la nature même (*humanitas aesthetica*) (...) et elle *se communique* (comme la chaleur ou les maladies contagieuses), c'est-à-dire qu'elle se répand naturellement parmi les hommes qui vivent les uns à côté des autres »¹¹⁶.

Kant souligne que les actions bénéfiques qui s'en déduisent n'ont pas une vraie valeur morale :

« Ceux qui sont particulièrement disposés à la sympathie trouvent une satisfaction à répandre la joie autour d'elles, et se réjouissent du contentement d'autrui en tant qu'il est leur œuvre. Ce genre d'actions, qui fait la paire souvent avec un penchant pour les honneurs, n'a pas véritablement de valeur morale »¹¹⁷.

...et que faire le bien par compassion (*Aus Mitleid*, en s'étant laissé gagner par la douleur d'autrui) n'est pas un *devoir* moral. Toutefois, la capacité sentimentale naturelle est bienvenue pour fournir un mobile à des actions, ce que la considération du devoir ne ferait pas par elle seule. Lisons-le *in extenso* :

« Mais, quoique ce ne soit pas un devoir en soi de partager la douleur ou la joie d'autrui, c'en est un de prendre une part active à son sort, et ainsi en définitive c'est au moins un devoir indirect de cultiver en nous les sentiments sympathiques (esthétiques) de notre nature, et de nous en servir comme d'autant de moyens qui nous aident à prendre part au sort des autres (...). Ainsi c'est un devoir de ne pas éviter, mais de rechercher au contraire les lieux où se trouvent des pauvres, auxquels manque le plus strict nécessaire ; de ne pas fuir les hôpitaux, ou les prisons, etc., afin de se soustraire à la compassion dont on ne pourrait se défendre ; car c'est là un mobile que la nature a mis en nous pour faire ce que la considération du devoir ne ferait pas par elle seule »¹¹⁸.

Cultiver la compassion, et au moins ne pas s'y soustraire, est donc un devoir pratique en tant qu'elle supplée, émotivement, les insuffisances de la raison, et nous permet de prendre part

¹¹⁵ FREUD Sigmund, « Esquisse d'une psychologie scientifique » (1895), in : *La naissance de la psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, 6e éd., 1991 : « L'organisme humain, à ses stades précoces, est incapable de provoquer cette action spécifique qui ne peut être réalisée qu'avec une aide extérieure et au moment où l'attention d'une personne bien au courant se porte sur l'état de l'enfant. Ce dernier l'a alertée, du fait d'une décharge se produisant sur la voie des changements internes (par les cris de l'enfant, par exemple). La voie de décharge acquiert ainsi une fonction secondaire d'une extrême importance : celle de la *compréhension mutuelle*. L'impuissance originelle de l'être humain devient ainsi *la source première de tous les motifs moraux* ».

¹¹⁶ KANT Emmanuel, *MMDV*, AK VI 457.

¹¹⁷ KANT Emmanuel, *FMM*, AK IV 398.

¹¹⁸ KANT Emmanuel, *MMDV*, AK VI 457 (nous soulignons).

au sort des autres. Par contre il faut s'abstenir de *Barmherzigkeit* (pitié)¹¹⁹, en tant qu'elle est un bienfait offensant. En effet, elle exprime une bienveillance pour des êtres indignes, et laisse accroire qu'il y a des différences de degré en dignité¹²⁰.

Spinoza et Kant exposent, chacun avec sa philosophie propre, une logique des actions bienfaisantes faisant intervenir la compassion. Mais il faut revenir à la médecine. En effet, la configuration n'y est pas celle de la socialité en général et du rôle stimulant qu'y joue éventuellement la compassion. L'occasion de l'action affirmative contre l'intensité de la destruction subie est fournie *a priori*, puisque, dans le domaine qui le concerne, le médecin en fait profession, dans tous les sens du terme. Toutefois, Spinoza est rangé par Nussbaum dans les opposants à la compassion !¹²¹ Pour la comprendre il faut aller plus loin dans la lecture de l'*Ethique*, ce qui nous permettra de revenir plus longuement à la médecine.

C.4 VIVRE SOUS LA CONDUITE DE LA RAISON

Alors qu'on avait saisi le cheminement de l'affect triste né du malheur d'autrui vers les actions bienfaisantes, voilà que Spinoza déclare :

« La compassion, dans l'homme qui vit sous la conduite de la raison, est par soi mauvaise et inutile » (EIV – prop.50) !

Comment Spinoza le démontre-t-il ? Il faut le suivre ici pas à pas.

« La compassion est une tristesse et partant elle est mauvaise. Quant au bien qui en résulte, à savoir que nous nous efforçons de délivrer de son malheur l'homme qui nous fait pitié, sous la seule dictée de la raison nous souhaitons le faire, et ce n'est que sous cette dictée de la raison que nous pouvons faire quelque chose que nous savons bon avec certitude » (EIV, prop.50, dém.).

« De là suit que l'homme qui vit sous la conduite de la raison s'efforce, autant qu'il peut, de faire que la compassion ne le touche pas » (EIV, prop.50, cor.).

Que la tristesse soit mauvaise est utilisé de nos jours comme une mise en garde vis-à-vis de la compassion. Si les malades ont besoin de soignants compatissants, la compassion est-elle souhaitable pour les professionnels de santé eux-mêmes ? La question se pose dès lors qu'une personne compatissante peut souffrir de *burn-out* ou du moins être plus susceptible de subir des requêtes excessives¹²².

Spinoza répète le lien entre compassion et incitation à l'action qui résulte de la théorie générale des affects. Mais cela reste des idées confuses, alors qu'on irait au même résultat « sous la seule dictée de la raison ».

Sous la conduite de la raison, nous avons une connaissance plus adéquate de ce qu'il convient de faire. Et c'est pourquoi « nous pouvons faire quelque chose que nous savons bon

¹¹⁹*Barmherzigkeit* : pitié ou miséricorde selon les traductions On peut remarquer que Appuhn donne miséricorde pour traduire *miser cordia* de Spinoza III, déf XVIII, et le texte allemand propose *Barmherzigkeit*. *Mitleid* traduit le latin *commiseratio*. Le sens de la phrase de Kant fait toutefois préférer pitié, avec une connotation péjorative.

¹²⁰ KANT Emmanuel, *MMDV*, AK VI 457.

¹²¹ NUSSBAUM Martha C, *Upheavals of thought...*, op.cit., p.306.

¹²² GELHAUS Petra, « The desired moral attitude of the physician: (II) compassion », *Medicine Health Care and Philosophy* 2012;15(4):397-410.

avec certitude ». Il faut donc choisir entre une voie quasi automatique, mais dont on comprend maintenant qu'elle peut mener à des actions inappropriées, et la voie de la raison, laquelle suppose de s'efforcer de ne pas être affecté par la tristesse compassionnelle¹²³. Doit-on en déduire qu'il faudrait s'efforcer de considérer autrui comme n'étant pas « une chose semblable à moi » ? On connaît la puissance de la négation, « l'animal linguistique peut *ne pas* reconnaître comme son semblable un autre animal linguistique »¹²⁴, et tout fondement naturaliste de la morale échoue sur cette puissance.

Mais ce n'est pas ce que Spinoza suggère, au contraire même : il entend affranchir la fabrique du secourable d'un affect aussi fragile. On remarquera une réflexion voisine chez son contemporain Hobbes quant aux qualités d'un bon juge : « l'aptitude à se dépouiller de toute crainte, colère, haine, amour et compassion »¹²⁵. Aura-t-on retrouvé alors l'idée cartésienne d'une raison maîtresse des passions ? Il nous semble qu'on renoue plutôt avec Aristote (désir raisonnant et raison désirante). Voyons comment.

Le scolie de cette fameuse proposition 50 de EIV fournit des explications précises :

« Qui sait correctement que tout suit de la nécessité de la nature divine et arrive suivant les lois et règles éternelles de la Nature, ne trouvera certes rien qui soit digne de Haine, de Raillerie ou de Mépris, et il n'aura de *compassion* pour personne ; mais autant que le permet l'humaine vertu, il s'efforcera de bien faire, comme on dit, et de se tenir en joie. A cela s'ajoute que celui qui est facilement affecté de *compassion* et ému par la misère ou les larmes d'autrui, fait souvent quelque chose de quoi plus tard il se repent : d'une part, en effet, nous ne faisons rien sous le coup d'une affection que nous sachions avec certitude être bon, de l'autre nous sommes facilement trompés par de fausses larmes. Et je parle ici expressément de l'homme qui vit sous la conduite de la Raison. Pour celui qui n'est mû ni par la Raison ni par la *compassion* à être secourable aux autres, on l'appelle justement inhumain, car (*Prop. 27, p. III Si nous imaginons qu'une chose semblable à nous et à l'égard de laquelle nous n'éprouvons d'affection d'aucune sorte éprouve quelque affection, nous éprouvons par cela même une affection semblable*) il ne paraît pas ressembler à un homme ».

La compassion ne doit donc disparaître que chez celui qui agit sous la conduite de la raison : dans les autres cas elle est nécessaire, sauf à basculer dans l'inhumanité. Schopenhauer ne dira pas autre chose : « À l'inverse, on appelle celui à qui elle semble faire défaut un être inhumain, de même on emploie souvent "humanité" comme synonyme pour "pitié" »¹²⁶.

Si la compassion doit (idéalement) disparaître, c'est quand elle devient moins utile à produire le bien pour l'autre. Le meilleur chemin passe par la formation d'idées claires :

« Un affect qui est une passion cesse d'être une passion sitôt que nous en formons une idée claire et distincte » (E V prop.3).

¹²³ Il n'est pas certain non plus que la compassion qui pousse à la réparation concrète soit la meilleure manière de réfléchir ce qui convient par exemple pour établir des repères législatifs en bioéthique. « En se posant comme voulant le bien de l'autre, elle rend délicate toute résistance aux actions entreprises en son nom : toute opposition sera forcément comprise comme manque de compréhension, autoritarisme ou abus de pouvoir ». GINTZ Christine, « La compassion peut-elle être un repère pour légiférer en matière d'éthique ? », *Journal français de psychiatrie* 2003/3 ; 20 : 38-40.

¹²⁴ VIRNO Paolo, *Essai sur la négation...*, op.cit., p.13.

¹²⁵ HOBBS Thomas, *Léviathan*, op.cit., p.302. Le rapprochement est permis pour autant que le médecin est amené à juger une situation.

¹²⁶ SCHOPENHAUER Arthur, *Le fondement de la morale*, op.cit.

Chapitre XII

L'affect-passion est une idée confuse. S'en former une idée claire permet à l'affect d'être mieux connu de nous et donc d'être davantage en notre pouvoir (E V, prop. 3 cor.). Il ne s'agit donc pas d'être désaffecté, comme une lecture hâtive aurait pu le suggérer¹²⁷.

D'autre part, comme :

« Un Désir qui naît de la Joie est plus fort, toutes choses égales d'ailleurs, qu'un Désir qui naît de la Tristesse » (EIV, prop 18)

et que :

« les hommes qui sont gouvernés par la Raison, c'est-à-dire ceux qui cherchent ce qui leur est utile sous la conduite de la Raison, n'appètent rien pour eux-mêmes qu'ils ne désirent aussi pour les autres hommes, et sont ainsi justes, de bonne foi et honnêtes » (EIV, prop.18 scolie),

alors il y a tout lieu de penser que les actions accomplies pour l'autre seront bien meilleures quand elles ne seront pas seulement dictées par l'affect triste de la compassion !

On trouvait déjà un constat analogue dans le *Phédon* de Platon :

« toute âme humaine, en proie à un plaisir ou à un chagrin violent, est forcée de croire que l'objet qui est la principale cause de ce qu'elle éprouve est très clair et très vrai, alors qu'il n'en est rien » (*Phédon* 83c).

Et il faut bien sûr aussi évoquer Nietzsche qui reproche à son « grand maître Schopenhauer » d'en être venu à « dire non à la vie et à lui-même », comme suite logique de la glorification des instincts de pitié, de renoncement, d'abnégation¹²⁸. Nietzsche comprend la morale de la pitié comme « le symptôme le plus inquiétant de notre civilisation », et il rappelle que Spinoza (comme Platon, La Rochefoucauld et Kant) étaient d'accord sur ce point du « mépris de la pitié »¹²⁹.

En médecine, quelques secteurs de la pratique sont tout particulièrement traversés par ces questions. Ainsi, l'aveu d'une tristesse amène plus souvent une consolation rapide par la prescription d'un psychotrope qu'un questionnement sur l'implication subjective du malade : si celui qui écoute l'expression de la souffrance s'en trouve affecté par contagion, le risque est que le soin devienne une manière précipitée de répondre pour ne pas entendre, ou de chercher à agir sur les conséquences pour ne pas traiter les causes¹³⁰. Moins risqué mais aussi peu consistant, « le soutien psychologique » proposé par le médecin compatissant à son malade, pour compléter la thérapeutique chimique ou chirurgicale de la maladie-*disease* d'une attention à son désespoir, n'est pas à la hauteur de ce qui est nécessaire¹³¹. Si on peut comprendre les

¹²⁷ On peut faire rappel ici de la discussion de Lacan sur le contre-transfert. On attend de l'analyste que sa propre analyse lui permette d'avoir des idées plus claires sur ses affects, pas d'en être débarrassé.

¹²⁸ NIETZSCHE Friedrich, *Contribution à la généalogie de la morale*, Paris, Christian Bourgois, « 10/18 », 1974, p.120.

¹²⁹ Ibid., p.120-1.

¹³⁰ Notons en passant tous les propos de consolation qui tombent à côté. Par exemple, répondre à quelqu'un dont l'état neurologique s'aggrave que « un handicapé peut apporter beaucoup à son entourage » est le « fourvoiement d'un parti-pris compassionnel mal compris ». SEY Marie, *Le malaise d'Hippocrate...*, op.cit., p.62.

¹³¹ C'est ce qu'affirme par exemple Pierre Cazenave, médecin atteint d'un cancer, dans des propos rapportés par Louise LAMBRICHS, *Le livre de Pierre*, op.cit., p.48.

« explosions de bienveillance » qui émanent des proches¹³², on a du mal à se départir de l'idée que certains médecins font commerce de la compassion. Dans le chapitre II nous avons évoqué aussi ces situations qui requièrent de manœuvrer loin des standards de l'écoute attentive.

Spinoza remarque que « nous sommes facilement trompés par de fausses larmes ». Il ne s'agit pas de juger les larmes comme de « fausses larmes » au sens où le malade falsifierait volontairement la situation pour attendrir le médecin, mais de considérer peut-être toutes les larmes comme fausses au sens où elles disposent un voile humide qui expose en même temps qu'il cache ce qu'il s'agit de considérer. Les larmes sont alors fausses au sens où elles peuvent falsifier l'analyse qui est nécessaire. Dit autrement, on sera avisé de ne pas confondre la modalité expressive avec la signification du message. Wittgenstein souligne que l'analyse est perturbée par la compassion elle-même :

« un homme éprouve-t-il réellement tel sentiment, ou bien le feint-il ? (...) En quoi consiste cette incertitude ? (...) Dans *certain*s cas, je ne sais pas avec certitude si l'autre ressent ou non une souffrance : par exemple, je ne puis en être sûr à cause de ma compassion pour lui – et *aucune* expression de sa part ne peut lever cette incertitude »¹³³.

Celui qui par contre manque de capacités d'analyse clinique (les idées adéquates) est au contraire invité par Spinoza à considérer toutes larmes comme vraies pour ne pas être inhumain. C'est ce que rapporte par exemple Ekstrom retraçant le parcours interminable d'une patiente atteinte d'une douleur dentaire, et évoquant plus généralement le cas des patients considérés comme menteurs¹³⁴. Les malades douloureux chroniques, les somatisants et fonctionnels sont toujours plus ou moins suspects.

Un autre de ces domaines où la compassion a son banc d'essai est constitué par les traitements de substitution pour les dépendances aux opiacés (méthadone et buprénorphine) disponibles en France depuis 1995, dans le cadre d'une politique de santé axée sur la réduction des risques¹³⁵. La finalité pratique des médicaments de substitution est de réduire la morbi-mortalité résultant de la consommation d'héroïne, de favoriser l'insertion des usagers de drogue dans le système de soins pour le traitement des complications, et plus généralement leur insertion sociale, grâce à un opiacé dénué d'effets renforçateurs, qui supprime ou prévient le manque et réduit l'appétence pour l'héroïne (*craving*). Le mésusage ou le détournement des traitements (injections de buprénorphine, revente des médicaments au marché noir, début ou poursuite d'une consommation d'autres drogues) et les variations du niveau d'exigences des soignants vis-à-vis des patients sont deux aspects pratiques sujets à controverse, qui posent la question du cadre dans lequel ces médicaments sont prescrits et délivrés. S'agit-il d'un traitement *compassionnel*, ou faut-il avoir d'autres exigences? On distinguait naguère pratiques à bas seuil et pratiques à haut seuil, ces expressions traduisant les *contraintes* qui s'exercent sur les patients en *contrepartie* de la dispensation d'un médicament de

¹³² Ruwen Ogien raconte que pour le reconforter on lui a raconté des histoires de longévité miraculeuse, donné des conseils diététiques (manger des légumes sombres, se gaver d'ail, se fournir dans les magasins bio), recommandé toutes sortes de thérapies new age ; ces manifestations étaient pour lui touchantes, quand les lieux communs sur les bienfaits cachés de la souffrance l'ont irrité. OGIEN Ruwen, *Mes mille et une nuits...*, op.cit., p.113-114.

¹³³ WITTGENSTEIN Ludwig, *RPPI*, op.cit., § 137, p.41 (nous soulignons).

¹³⁴ EKSTROM Laura W, « Liars, medicine and compassion », art.cit.

¹³⁵ Nous reprenons ici quelques fragments d'une analyse qui a été développée dans un article : WEBER Jean-Christophe, « Quelques questions éthiques autour des traitements de substitution aux opiacés », *Éthique publique* [En ligne], 2006 ; 8 (2).

substitution¹³⁶. Quand il prescrit un traitement de substitution, le médecin s'imagine-t-il thaumaturge, bienfaiteur d'une humanité blessée et souffrante, ou veut-il disposer le praticable le plus favorable à l'écoute, ou encore veut-il surtout ne rien entendre de la plainte et écourter l'entretien, supporte-t-il ou non de ne pas répondre à tout, est-il prêt à s'engager dans la durée, sait-il que sa prescription l'engage autant que le patient ? Un médecin peut-il imaginer laisser quelqu'un dans les souffrances du manque, en proie à des complications résultant des pratiques d'injection, en passe de s'enfoncer dans la désinsertion sociale, sans l'inciter activement (et parfois avec activisme) à se soigner ? Certains patients réclament avec insistance de pouvoir commencer un traitement et nous reprochent la lenteur des démarches à accomplir, l'attente (toujours trop longue) d'une place disponible, et certains soignants sont ainsi mal à l'aise de devoir différer le début d'un traitement, sachant que cela suppose généralement la poursuite de la consommation d'héroïne et des pratiques à risque sanitaire (VIH). Nous (ce *nous* implique toujours plusieurs membres de l'équipe pluriprofessionnelle¹³⁷) avons maintes fois été émotionnellement saisis par l'urgence apparente d'une situation : complications infectieuses à soigner, menaces d'expulsions du logement ou de retrait de garde des enfants, détresse psychique, grossesse. Il nous est arrivé à plusieurs reprises de débiter un traitement « en urgence », mus par la compassion, mais en court-circuitant cette période préparatoire où se discute « l'indication » parce qu'elle semblait précisément ne pas devoir être discutée, et souvent dans ces cas où les idées restent confuses, l'échec a été au rendez-vous : le patient ne vient pas, continue de prendre des risques, n'entre dans aucune démarche de soin...¹³⁸

Revenons à Spinoza. Vivre sous la conduite de la raison ne signifie pas être désaffecté, mais ne pas vivre selon la seule norme d'un affect qui adhère tenacement, et au contraire « vivre à travers la multiplicité de ces normes affectives que constitue chacune des parties actives de notre essence », « vivre selon notre puissance d'agir »¹³⁹. La raison nous instruit à la fois sur notre vraie fin et sur la façon de l'atteindre¹⁴⁰. Elle n'est pas une instance contre nature, qui s'opposerait de l'extérieur aux affects, mais plutôt le moment réfléchi des affects.

« Vivre sous la conduite de la raison, c'est ainsi connaître ce qui est utile à la conservation de notre être, tenir pour bon ce qui est cause de Joie, discerner dans le réseau des modes où l'on est inscrit ceux-là mêmes qui contribuent à l'épanouissement de notre nature propre »¹⁴¹.

C'est dans le passage de l'affection singulière à la disposition qu'on retrouve le cheminement de la vertu (Aristote), ou de la conduite par la raison (Spinoza). Et comme nul ne saurait prétendre qu'il vit continuellement sous la conduite de la raison, il faut lui recommander la compassion (Spinoza), et de la cultiver (Kant). Car enfin, qui peut croire avoir les idées toujours suffisamment claires pour déterminer avec certitude ce qui est bon pour l'autre ? La médecine est traversée de part en part par cette quête de certitude¹⁴². Les sciences réduisent

¹³⁶ Ces exigences sont par exemple celles de la venue quotidienne au centre de soins ou à la pharmacie, des contrôles urinaires des consommations de drogues, de la nécessité d'un suivi social ou psychologique. Certains dispositifs à bas seuil vont au-devant des usagers de drogue (par exemple avec des tournées de bus), distribuent des doses faibles de méthadone mais sans engagement nécessaire de la part des patients.

¹³⁷ Il s'agit en l'occurrence d'une équipe de soins, « Le Fil d'Ariane », insérée dans le service de médecine interne des Hôpitaux universitaires de Strasbourg.

¹³⁸ En lecture spinozienne, « celui qui est facilement affecté de *compassion* et ému par la misère ou les larmes d'autrui, fait souvent quelque chose de quoi plus tard il se repent ».

¹³⁹ SEVERAC Pascal, *Le devenir actif chez Spinoza*, Paris, Champion, 2005, p.348.

¹⁴⁰ MAC INTYRE Alasdair, *Après la vertu*, op.cit., p.52.

¹⁴¹ VUILLOT Alain, « Amour et totalité dans l'éthique de Spinoza », *Le Philosophoire* 2000/1 ;11 : 157-68.

¹⁴² GILLET Grant, « Clinical medicine and the quest for certainty », *Social Science and Medicine* 2004; 58(4):727-738.

l'incertitude et limitent la dispersion de l'imagination. Mais – et c'est peut-être ce qui est parfois difficile à comprendre pour qui en attend une détermination valable dans tous les cas – elles ne font, comme toutes les règles, que « déterminer un point de vue stable et commun, ferme et calme, indépendant de notre situation présente »¹⁴³. La sagesse pratique chez Aristote ne manque jamais de renvoyer aux sensations, à la connaissance expérientielle du particulier, pour être plus à même de déterminer la normativité propre au cas. Autrement dit, vivre sous la conduite de la raison pratique, ce n'est pas être désaffecté, mais se servir des affects qui offrent une acuité plus fine pour l'analyse de la situation.

De Spinoza à Kant, il y aura eu le saut du rejet du pathologique : comme le suggère Lacan, Kant libère le champ de la loi morale par « la réjection radicale du pathologique, de tout égard pris à un bien, à une passion, voire à une compassion »¹⁴⁴. Nous avons néanmoins une tradition de longue durée, depuis Aristote à Schopenhauer en passant par Spinoza et Hume, qui donnent de la compassion des analyses assez voisines.

Voyons alors comment ceux qui l'ont réfléchi pour la médecine contemporaine ont posé les choses.

C.5 UNE EMOTION RECOMMANDABLE ?

Nous ne donnons que quelques exemples significatifs, sans souci d'exhaustivité. Curieusement, Eric Delassus ne retient pas de Spinoza l'idée d'une pitié/commisération qui mobilise l'action médicale bienfaitrice, alors qu'il consacre son ouvrage à exposer comment passer de l'*Ethique* de Spinoza à l'éthique médicale¹⁴⁵. Il parle de sollicitude (« comme réponse à la demande de sens, comme souci de l'autre, inscription dans une intersubjectivité donatrice de sens et productrice de joie »¹⁴⁶, « conjonction des conatus qui se renforcent mutuellement et réciproquement »¹⁴⁷), mais c'est une notion qui n'apparaît pas dans le texte de l'*Ethique*. De fait, Delassus précise que

« la sollicitude n'est pas de l'ordre de la pitié ou de la commisération qui sont des formes de tristesse que nous partageons avec autrui. Il ne s'agit pas de partager la souffrance de l'autre, ce qui est d'ailleurs impossible, ni de souffrir de voir l'autre souffrir, mais de soutenir l'autre dans l'épreuve »¹⁴⁸.

La sollicitude serait selon lui plus proche de la définition de la miséricorde (EIII, déf. 24 : « La miséricorde est l'amour en tant qu'il affecte l'homme de telle sorte qu'il s'épanouisse du bien d'autrui et soit contristé par le mal d'autrui »). La commisération ne serait qu'une imitation, alors que la miséricorde « certes consiste à ressentir de la tristesse face à la

¹⁴³ Je détourne cette citation de son contexte. Deleuze évoque comment Hume conçoit la règle générale (de la vie collective). Mais la fonction est la même. DELEUZE Gilles, *Empirisme et subjectivité* (1953), Paris, Presses Universitaires de France, « Epiméthée », 8^e éd, 2010, p.29.

¹⁴⁴ LACAN Jacques, « Kant avec Sade », art.cit.

¹⁴⁵ DELASSUS Eric, *De l'éthique de Spinoza à l'éthique médicale*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2011.

¹⁴⁶ Ibid., p.247.

¹⁴⁷ Ibid., p.248.

¹⁴⁸ Ibidem.

souffrance d'autrui, mais ne se réduit pas à la pitié parce qu'elle est aussi orientée par le désir de lui apporter de la joie »¹⁴⁹.

Toutefois, si on se souvient que ce qui affecte une chose aimée nous affecte pareillement, on ne voit pas en quoi la miséricorde/sollicitude nous épargnerait la contagion émotionnelle¹⁵⁰. De plus, Delassus affirme que la commisération (qui repose sur l'imitation des affections) aboutit à accroître la souffrance de l'autre¹⁵¹, alors que nous avons vu qu'elle était le moteur de l'action bienveillante et secourable. Enfin, il cite Spinoza (en note) qui est on ne peut plus clair sur l'identité des deux notions :

« Entre la Commisération et la Miséricorde il ne paraît y avoir aucune différence, sinon peut-être que la Commisération a rapport à une affection singulière, la Miséricorde à une disposition habituelle à l'éprouver » (EIII, déf. XVIII, explication).

Il n'y a rien de différent sauf le passage déjà souligné d'une affection singulière à une disposition à être affecté de la sorte.

Par contre, nombreux sont les auteurs qui accordent une certaine importance à la compassion. Ainsi Anne Fagot-Largeault a bien repéré le lien entre compassion et agir bienveillant. Et malgré les ambiguïtés qui pèsent sur la compassion, elle lui semble nécessaire en médecine : les malades en détresse ont besoin de soignants qui compatissent et ne fuient pas¹⁵². Pour Nussbaum, la compassion est aussi clairement reliée aux actes de bienfaisance, même si on peut regretter le caractère bancal de sa structure cognitive, ou discuter de la réalité de l'altruisme de ces actions : en effet le jugement de possibilités similaires pourrait suffire à dicter des actions dans mon propre intérêt futur (espoir de réciprocité à venir)¹⁵³. Pour Ekstrom, les défauts de compassion conduisent à des mauvaises décisions techniques¹⁵⁴. La vertu de compassion est, selon elle, la disposition à en faire l'expérience dans les occasions qu'il faut et à la diriger vers les bonnes fins (alléger la souffrance d'autrui), donc à agir au-delà de la seule reconnaissance de la souffrance d'autrui.

Pierre Le Coz qui examine les ressorts affectifs de la réflexion éthique estime qu'une émotion vive comme la compassion, dès lors qu'elle est renforcée par le groupe (tel une équipe soignante) peut rester imperméable à la réflexion sur les principes, par exemple celui d'équité dans la décision, « trop nettement concurrencé par la compassion ». Seul un autre affect peut amener à une « révision émotionnelle » et ébranler la force de la compassion – « qui pousse à secourir ce malade-ci sans prendre en compte d'autres critères (coût, espérance de vie, qualité de vie) », alors qu'un scrupule rationnel (quant à la juste répartition des biens de santé par exemple) n'y parviendrait pas, d'autant que l'agir par compassion est renforcé par le principe d'égale dignité de chaque patient:

¹⁴⁹ Ibid., p.250

¹⁵⁰ Ce qui se produit parfois avec des étrangers linguistiques le montre de manière inversée. On peut se tenir partiellement à distance de ce qui affecte l'autre quand le dialogue est impossible. WEBER Jean-Christophe, « Soigner sans, avec ou dans la parole : le paradigme de l'étranger (linguistique) », art. cit.

¹⁵¹ DELASSUS Eric, *De l'éthique de Spinoza à l'éthique médicale*, op.cit., p.249.

¹⁵² FAGOT-LARGEAULT Anne, *Médecine et Philosophie*, op.cit., p.243-260.

¹⁵³ NUSSBAUM Martha C, *Upheavals of thought...*, op.cit., p.335.

¹⁵⁴ EKSTROM Laura W, « Liars, medicine and compassion », art.cit.

« D'une façon générale, la compassion immédiate est accessible à sa révision par la crainte de nuire à plus long terme à condition que ce soit le patient et/ou ses proches qui inspirent cette réaction affective »¹⁵⁵.

Quels sont les autres affects susceptibles de concurrencer la compassion sur son propre terrain voire de la ruiner ? Le Coz discute des effets émotionnels possibles des nouveaux modes de tarification à l'activité, qui donneraient un contenu moins abstrait au principe d'équité, et permettraient ainsi une révision émotionnelle¹⁵⁶. La piste reste ouverte, car il faut bien imaginer qu'une disposition affective aussi naturelle puisse être néanmoins amoindrie par d'autres affects contraires : le dégoût et la colère sont des candidats de premier ordre, mais aussi le sentiment d'être vulnérable et que le patient y est pour quelque chose¹⁵⁷.

Pour Petra Gelhaus, qui contraste empathie, compassion, et *care* tout en les rassemblant comme autant d'attitudes désirables du médecin¹⁵⁸, la compassion peut être déplacée (à cause d'un manque de compréhension) et avoir des effets négatifs, mais l'intention compassionnelle est toujours bienveillante¹⁵⁹. La compassion a toutefois des limitations. Si la compassion est une réponse spontanée émotionnelle bienveillante à la souffrance des patients, il peut sembler à première vue souhaitable d'avoir des professionnels compatissants autour de soi si on est malade, mais la compassion pourrait mener au *burn-out*. Si la compassion est perçue comme un idéal professionnel mais qu'elle ne peut pas être produite par la seule volonté, ni envers chaque patient, alors le professionnel de santé pourra se sentir contraint et en difficulté de ne pas atteindre l'idéal prescrit¹⁶⁰. Prescrire des émotions pour un rôle donné va conduire à disqualifier l'agent mais pas à améliorer son attitude ou son comportement : il semble donc problématique de recommander la compassion comme une vertu professionnelle ou une exigence morale. Curzer considère plus largement le *care* comme une vertu générale, mais un vice pour les professionnels de santé : les soignants ne devraient pas s'attacher émotionnellement aux malades de manière significative, ils doivent rester objectifs et justes¹⁶¹. De plus, si on conçoit la compassion comme nécessaire ou du moins importante, et prenant une part effective dans le « bon soin », comment pourrait-il être justifié de ne pas la donner à tous les patients avec le même degré ? La compassion ne crée pas une situation symétrique, elle ne fait pas du patient un partenaire du professionnel de santé ni un client normal qui choisit librement parmi les offres qui lui sont proposées. L'équité dans le traitement de tous les patients pourrait être davantage mise en danger que garantie par la compassion, sauf à considérer, comme le propose Zielinski, que le jugement de similitude est étendu, puisque « l'humaine *vulnérabilité*, exposition à la souffrance », est ce que nous avons tous en commun¹⁶². Pour affronter ces

¹⁵⁵ LE COZ Pierre, « L'exigence éthique et la tarification à l'activité à l'hôpital », *Revue de philosophie économique* 2009/1 ; 10 :35-53.

¹⁵⁶ De fait il constate que la tarification à l'activité produit une falsification du processus de révision, en mettant l'accent sur la rentabilité des actes techniques.

¹⁵⁷ Voir plus loin l'examen de la vulnérabilité du soignant.

¹⁵⁸ GELHAUS Petra, « The desired moral attitude of the physician: (II) compassion », art.cit.

¹⁵⁹ Ibidem. Son point de départ est proche d'Aristote et Spinoza réunis, puisqu'elle caractérise une réaction compassionnelle par quatre éléments : la reconnaissance de la souffrance ; la bienveillance ; un sentiment d'être personnellement concerné ; une inclination à soulager la souffrance.

¹⁶⁰ Le danger augmente si la compassion est comprise comme une sympathie complète, une proximité continue.

¹⁶¹ CURZER Howard J, « Is care a virtue for health care professionals? », art.cit.

¹⁶² ZIELINSKI Agata, « La compassion, de l'affection à l'action », *Études* 2009 ; 410 (1) : 55-65.

limitations, Gelhaus distingue alors la compassion-sentiment, la compassion-attitude professionnelle (aptitude à ressentir l'inclination à aider les souffrants), et la compassion-vertu.

Si la compassion-sentiment n'est pas exigible dans chaque cas, même des gens extrêmement antipathiques ou dégoûtants peuvent néanmoins être traités avec compassion dans le sens d'une aptitude à ressentir l'inclination à aider les souffrants. C'est alors une émotion calme, presque imperceptible, plus connue par ses effets que par les sensations immédiates. « Reconnaître le mal, le non souhaitable dans l'état de maladie, y répondre par la compassion et l'inclination à faire quelque chose contre ce mal et pour aider l'autre, peut être une attitude que l'on peut davantage considérer comme une vertu »¹⁶³.

Le danger d'infantiliser le malade est plus grand si la compassion est comprise comme une émotion spontanée que si on la considère comme une attitude générale envers chaque patient, fondée sur l'idée que les êtres humains sont tous potentiellement des êtres qui peuvent devenir souffrants. Cela équilibre la relation dans un autre sens que celui du partenariat, puisque le patient « profite de la compassion non parce que individuellement il est faible mais parce qu'il est le membre d'une société d'êtres humains vulnérables qui prend soin de son besoin particulier »¹⁶⁴. Est-ce que la compassion calme est assez chaleureuse ? C'est là que Gelhaus situe la complémentarité avec l'empathie (comme aptitude à comprendre les états mentaux du patient par rapport à ses besoins de santé) qui affine la reconnaissance des besoins¹⁶⁵. L'empathie peut apprendre au soignant quel degré de chaleur et de soutien une personne particulière souhaite ou quel type de distance sera nécessaire pour ne pas paraître intrusif ou pour que cette intrusion ne soit pas perçue comme humiliante. La juste distance, la chaleur requise, sont appréciées par la combinaison de l'empathie et de la compassion.

Par contre, Paquita de Zulueta¹⁶⁶ propose pour la compassion une définition « scientifique » englobant l'empathie : c'est une entité complexe qui comporte une empathie émotionnelle (sentir avec, *feeling with*), une empathie cognitive (sentir de la place du patient, dans sa perspective), une sensibilité à la détresse et une motivation à aider. On voit que sont mêlés des aptitudes perceptuelles, des affects, des intentions, un désir (motivation). Surtout, sa définition de la compassion englobe les deux volets de l'empathie (résonance affective sympathique et dimension cognitive) et s'y ajoute une double stimulation à l'action : une stimulation passive (la sensibilité), et une stimulation active par la motivation¹⁶⁷. De fait, pour de Zulueta, l'empathie seule paraît insuffisante pour motiver l'action, et pourrait même l'empêcher, notamment quand le soin implique une douleur infligée à l'autre. Ce que De Zulueta appelle

¹⁶³ GELHAUS Petra, « The desired moral attitude of the physician: (II) compassion », art.cit.

¹⁶⁴ Nous reviendrons plus loin sur la vulnérabilité, dont certains pensent qu'elle est requise pour la compassion véritable. C'est le cas par exemple d'Agata ZIELINSKI, « La compassion, de l'affection à l'action », art.cit. : « Je suis saisi, dans la chair, par l'impossibilité, l'incapacité ou la douleur qui s'expose dans la chair de l'autre. Je suis saisi, et ne peux faire autrement : je n'ai pas choisi ce bouleversement de mon trajet, de mes projets, cette mise à l'épreuve de mes bonnes intentions ». Elle n'explique pas comment on passe de l'affection à l'action.

¹⁶⁵ Zielinski par contre associe à l'affect un effort de compréhension, sans en appeler à une autre notion comme l'empathie : « compréhension : mais c'est alors au sens de l'effort d'intelligence à identifier sa souffrance, le laisser la nommer, exprimer ce qui pèse, ce qui est désiré ». ZIELINSKI Agata, « La compassion, de l'affection à l'action », art.cit.

¹⁶⁶ DE ZULUETA Paquita, « Compassion in healthcare », *Clinical Ethics*, 2013; 8 :87-90.

¹⁶⁷ Ekstrom développe une perspective voisine : EKSTROM Laura W, « Liars, medicine and compassion », art.cit.

compassion (incluant l'empathie) est ce que d'autres appellent empathie (incluant la préoccupation pour l'autre et les comportements d'entraide)...¹⁶⁸

Les discours contemporains portant sur la compassion en médecine ne sont donc pas univoques. Nécessaire mais insuffisante pour la plupart, elle a aussi besoin de correctifs car elle peut conduire à des situations indésirables pour le malade comme pour le soignant¹⁶⁹. Ses contours varient d'un auteur à l'autre. Recommandable, elle ne peut cependant être prescrite comme un devoir. Nous retenons pour notre part la description qu'en fait Aristote et l'analyse de Spinoza qui lui préfère la vie sous la conduite de la raison, avec les précisions que nous avons données. Tournons-nous à présent vers l'empathie, qui a été investie massivement dans le monde du soin, bien plus que la compassion.

D. DE LA COMPASSION A L'EMPATHIE.

S'il y a un accord apparent en médecine autour de l'empathie comme... disposition (compétence, attitude, comportement, sentiment, vertu ? l'accord n'est que de surface !) souhaitable, son flou conceptuel oblige à en redéfinir chaque fois les contours selon le domaine envisagé¹⁷⁰ : partageant – ou non, selon les auteurs – des traits avec la compassion ou la sympathie, l'empathie s'étend aussi variablement vers la projection et l'identification, ce qui ne manque pas de poser problème dès lors qu'on a entrepris, en médecine, de la mettre en position d'idéal. L'empathie peut être qualifiée de « concept épais » ; mais on peut estimer au contraire que la notion souffre d'un manque de clarté, et que selon l'usage qui en est fait, elle se rapporte à des facultés distinctes¹⁷¹.

La clarification du concept nécessiterait un travail considérable, aussi nous nous contenterons de ce qui est utile pour la pratique médicale.

D.1 L'EMPATHIE, UNE NOTION MULTIFORME

Avant Nussbaum, qui fait de l'empathie un quasi-synonyme de la compassion¹⁷², les auteurs du XVII^e et du XVIII^e, notamment ceux de langue anglaise (Hume¹⁷³, Smith¹⁷⁴), employaient

¹⁶⁸ Par ex. TISSERON Serge, *L'empathie au cœur du jeu social*, Paris, Albin Michel ; 2010.

¹⁶⁹ Comme l'a dit Nietzsche, « On se doit de retenir le cœur, car le laisse-t-on aller, comme vite on perd la tête ! » NIETZSCHE Friedrich, *Ainsi parlait Zarathoustra ...*, op.cit., p.123.

¹⁷⁰ BETZLER Riana J, « How to clarify the aims of empathy in medicine », *Medicine Health Care and Philosophy* 2018; <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9833-2>. NUSSBAUM Martha C, *Upheavals of thought...*, op.cit., p.302.

¹⁷¹ BETZLER Riana J, « How to clarify the aims of empathy in medicine », art.cit.

¹⁷² NUSSBAUM Martha C, *Upheavals of thought...*, op.cit., p.302.

¹⁷³ Ainsi, par exemple ceci : « Quand je saisis les effets de la passion dans la voix et les gestes d'une personne, mon esprit passe immédiatement de ces effets à leurs causes et forme une idée si vive de la passion qu'elle se convertit tout de suite en la passion elle-même. De la même manière, quand je perçois les causes d'une émotion, mon esprit est conduit aux effets et est mu par une émotion semblable. Si j'assistais à l'une des plus terribles opérations chirurgicales, il est certain que, même avant le début de l'opération, la préparation des instruments, la disposition ordonnée des bandages, la chauffe des fers, avec tous les signes de l'anxiété et de l'inquiétude chez le patient et les assistants, tout cela aurait un grand effet sur mon esprit et exciterait les plus forts sentiments de pitié et de terreur. Les passions d'autrui ne se découvrent jamais immédiatement à l'esprit. Nous sommes seulement sensibles à leurs causes et à leurs effets et c'est d'eux que nous inférons la passion et, par conséquent, ce sont eux qui donnent naissance à notre sympathie ». HUME David, *Traité de la nature humaine, Livre III De la morale*, op.cit., p.98.

volontiers *sympathy* dans des sens qui recouvrent à la fois compassion et empathie (dans son emploi actuel). Plus près de nous, Max Scheler distingue ce qui est perçu, compris, ressenti, éprouvé : mais son analyse phénoménologique, métaphysique et morale de la *sympathie* (et des notions connexes) rend malaisées les mises en correspondance avec d'autres auteurs¹⁷⁵. Même les dictionnaires courants divergent. Pour le TLFi, l'empathie est un « mode de connaissance par une forme de sympathie qui atteint autrui en lui-même, sans toutefois s'identifier à lui ». Pour le dictionnaire Robert, c'est l'inverse : « l'empathie est la capacité de s'identifier à autrui, de ressentir ce qu'il ressent, de se mettre à la place de l'autre ».

De nombreux programmes de formation emploient des méthodes variées pour accroître le degré d'empathie des étudiants en médecine, et affichent souvent des résultats positifs mais sans préciser quelle définition opératoire est utilisée¹⁷⁶. Cuff a recensé, dans la littérature académique en langue anglaise, pas moins de 43 définitions de la notion d'empathie¹⁷⁷ ! Certains en font une catégorie globale, subsumant la contagion émotionnelle, la sympathie et la compassion. D'autres la limitent à la compréhension des émotions d'autrui en tentant d'adopter son point de vue, et la distinguent alors des sentiments partagés dans des circonstances similaires, de l'imitation des émotions d'autrui (sans les éprouver), de la réaction émotionnelle intentionnelle, de la contagion émotionnelle, etc.

En fait, trois dimensions semblent toujours intriquées : un certain degré de représentation cognitive de l'état émotionnel d'autrui ; un certain degré de partage de l'émotion ; un certain degré de maintien de la distinction entre soi et autrui¹⁷⁸. L'empathie serait en quelque sorte à mi-chemin sur chacune de ces trois dimensions.

Un des aspects les plus discutés est celui de savoir si l'empathie est avant tout cognitive, affective, ou si elle réunit les deux dimensions¹⁷⁹, qui sont par ailleurs reconnues comme étant en interaction¹⁸⁰. Remarquons qu'on trouve déjà chez Rousseau (le terme d'empathie n'est pas

¹⁷⁴ SMITH Adam, « De la sympathie », art.cit.

¹⁷⁵ SCHELER Max, *Nature et formes de la sympathie. Contribution à l'étude des lois de la vie émotionnelle*, Paris, Payot, 1950. Nous n'avons pas entrepris d'établir un tableau synoptique entre les différents auteurs : la variété d'opinions est telle que l'entreprise est hasardeuse.

¹⁷⁶ BATT-RAWDEN Samantha A, CHISHOLM Margaret S, ANTON Blair, FLICKINGER Tabor E, « Teaching empathy to medical students : an updated, systematic review », *Academic medicine* 2013;88 (8):1171-7.

¹⁷⁷ CUFF Benjamin MP, BROWN Sarah J, TAYLOR Laura, HOWAT Douglas J, « Empathy: A Review of the Concept », *Emotion Review* 2016; 8 (2):144-153.

¹⁷⁸ Sur ce point, Freud souligne, dans le traité sur le Witz, que l'empathie permet de prendre connaissance du différentiel de dépense (pour surmonter une inhibition) entre l'autre et moi, et c'est ce différentiel qui procure l'effet comique. FREUD Sigmund, « Le trait d'esprit et sa relation avec l'inconscient » (1905), *Ceuvres Complètes, vol. VII*, Paris, Presses Universitaires de France, 2014, p.224-226. D'autre part, le comique de situation repose aussi entièrement sur l'empathie (ibid., p.258). Mais dans ce cas, l'empathie permet de se mettre à sa place pour mieux en rire ou pour nous sentir supérieurs ! (Cf. DE URTUBEY Louise, « Freud et l'empathie », *Revue française de psychanalyse* 2004/3 ; 68 : 863-75).

¹⁷⁹ L'idée d'une compréhension d'autrui par l'empathie est évoquée par Freud qui en fait aussi un processus important dans la constitution de communautés affectives :

« Nous entrevoyons déjà que l'attachement réciproque qui existe entre les individus composant une foule doit résulter d'une identification pareille, fondée sur une communauté affective ; et nous pouvons supposer que cette communauté, affective est constituée par la nature du lien qui rattache chaque individu au chef. Nous nous rendons, en outre, compte que nous sommes loin d'avoir épuisé le problème de l'identification, que nous nous trouvons en présence du processus connu en psychologie sous le nom de *Einfühlung* (assimilation des sentiments d'autrui) et qui joue un très grand rôle, grâce aux possibilités qu'il nous ouvre de pénétrer l'âme de personnes étrangères à notre moi ». FREUD Sigmund, « Psychologie des masses et analyse du moi », op.cit., p.46.

¹⁸⁰ CUFF Benjamin MP et al., « Empathy: A Review of the Concept », art.cit.

encore apparu) l'articulation de deux éléments. En effet, chez Rousseau, on peut voir qu'au *sentiment* subi de pitié s'ajoute un mécanisme *actif* de transport (qu'on placerait aujourd'hui sous le nom d'empathie)¹⁸¹. Il s'agit d'une identification à l'autre et d'un jugement qui identifie le vécu souffrant de l'autre :

« Pour devenir sensible & pitoyable, il faut que l'enfant sache qu'il y a des êtres semblables à lui qui souffrent ce qu'il a souffert, qui sentent les douleurs qu'il a senties, & d'autres dont il doit avoir l'idée, comme pouvant les sentir aussi. En effet, comment nous laissons-nous émouvoir à la pitié, si ce n'est en nous transportant hors de nous & nous identifiant avec l'animal souffrant, en quittant, pour ainsi dire, notre être pour prendre le sien? Nous ne souffrons qu'autant que nous jugeons qu'il souffre; ce n'est pas dans nous, c'est dans lui que nous souffrons. »¹⁸²

D.2 EMPATHIE COGNITIVE ET EMOTIONNELLE

Ne retenir que la dimension cognitive devrait conduire à préciser « compréhension empathique ». Mais cette compréhension est-elle autre chose que se mettre dans la perspective d'autrui ? De fait, il semble qu'il existe d'autres voies de compréhension que le changement de perspective : par exemple, lire les expressions du visage, faire appel à sa mémoire ou à l'imagination, projeter sur l'autre ses propres sentiments. D'autre part, se mettre dans la perspective d'autrui présente des analogies avec l'identification – au sens défini par Laplanche et Pontalis comme « le processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci, devient identique à un autre¹⁸³ ».

Sur le volet **cognitif**, Serge Tisseron détaille la genèse de l'empathie dans le développement de l'enfant¹⁸⁴, et fait observer que « la subjectivité d'autrui est d'emblée un élément de ma propre subjectivité ». Aux environs de la deuxième année, le bébé accède à la possibilité de se préoccuper de l'autre et de lui venir en aide¹⁸⁵. Aux alentours de 5 ans, l'enfant peut avoir des représentations de ce que l'autre pense et ressent. Il est dans la capacité de se mettre à la place d'autrui. Mais sur ce point deux orientations sont en concurrence : pour certains chercheurs, c'est la preuve *qu'apparaît une théorie de l'esprit*, c'est-à-dire que l'enfant devient capable de comprendre qu'un autre que lui peut croire quelque chose de différent. La théorie de l'esprit se résume par la formule « je pense que X croit que C », dans laquelle C désigne toutes ses

¹⁸¹ On peut discuter sur le fait que ces considérations étaient déjà présentes, ou non, dans la définition d'Aristote.

¹⁸² ROUSSEAU Jean-Jacques, *Emile ou de l'éducation*, Livre IV, op.cit., p.168 (nous soulignons).

¹⁸³ LAPLANCHE Jean, PONTALIS Jean-Bertrand, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, 1967, p. 187-190.

¹⁸⁴ TISSERON Serge, *L'empathie au cœur du jeu social*, Paris, Albin Michel, 2010. Le bébé a tendance à l'imitation motrice des actes de l'adulte. C'est une forme de pré-empathie, puisque la distinction entre soi et l'autre n'est pas encore clairement posée. A partir du 9ème mois, le bébé ne se contente plus de s'accorder sur les émotions d'autrui, il devient curieux de ce qu'il produit, il découvre ce qui est important pour son entourage, il utilise les expressions faciales de son interlocuteur comme un commentaire sur l'objet, il appréhende le monde à travers le regard et les réactions d'un interlocuteur privilégié, ce qui l'entraîne progressivement vers un décentrement de lui-même, il fait passer les repères de l'autre avant les siens propres, il commence à se servir des mimiques apprises pour des situations personnelles, il apprend à détecter les états émotionnels de ses interlocuteurs en observant leurs actions et plus simplement leurs mimiques.

¹⁸⁵ Cette capacité « altruiste » n'est pas propre à l'homme, on la trouve aussi chez certains grands singes, chez les éléphants et les dauphins.

croyances possibles¹⁸⁶. Pour d'autres, l'explication est fournie par la *théorie de la simulation*. Il ne s'agit plus de se dire : « je pense que l'autre croit quelque chose de différent de ce que je sais », mais : « je crois que les autres pensent exactement comme je le ferais à leur place, et donc pour que j'aie une idée de ce que l'autre pense et ressent, il suffit que je me représente ce que serait ma propre expérience dans cette situation ». Pacherie énumère plusieurs volets possibles de simulation mentale : nous imaginons le point de vue occupé par un autre (pour « nous représenter la manière dont il perçoit une scène visuelle ») ; nous pouvons adopter en imagination des croyances, des intentions, des désirs¹⁸⁷. Donc, pour les partisans de la théorie de l'esprit, je me fais une idée de ce que ressent mon interlocuteur par une construction cognitive (*il doit penser que*). Au contraire, pour les partisans de la théorie de la simulation, je me dis *qu'à sa place, je penserais que*.

Sur le volet **affectif** de l'empathie, ce qui est discuté est de savoir si l'émotion empathique doit ou non être congruente avec celle d'autrui¹⁸⁸. L'émotion empathique serait congruente, contrairement à l'émotion sympathique (il s'agit dans ce cas de sa propre émotion, en quelque sorte indépendante de celle d'autrui¹⁸⁹)¹⁹⁰. Dans la tentative de distinguer sympathie et empathie¹⁹¹, la plupart des auteurs font de la première un « feeling for » (sentir pour) autrui et de la seconde un « feeling as » (sentir comme) autrui, alors que certains rangent ces deux traits du côté de la sympathie et attribuent à l'empathie un « feeling into » (sentir à l'intérieur) d'autrui ! Par exemple, Gelhaus estime que la sympathie n'est pas la base émotionnelle appropriée pour la rencontre clinique¹⁹². Qu'on emploie le terme de sympathie pour désigner un co-sentir (feeling as)¹⁹³, ou pour décrire un sentiment de chaleur positive envers une personne (feeling for – d'autres y logent la sollicitude¹⁹⁴) dont on approuve les idées ou la conduite et qui nous fait nous sentir bien à proximité de cette personne, on ne peut la recommander pour les médecins : en effet, si le médecin se trouve dans le même état émotionnel que le patient, il perdrait sa capacité de juger la situation et de choisir les options médicales de manière raisonnable et objective¹⁹⁵ ; de plus, le praticien professionnel et consciencieux est précisément celui qui traite aussi les personnes antipathiques selon les règles de l'art¹⁹⁶. Par contraste

¹⁸⁶ TISSERON Serge, *L'empathie au cœur du jeu social*, op.cit., p.32.

¹⁸⁷ PACHERIE Elisabeth, « L'empathie et ses degrés », in BERTHOZ Alain, JORLAND Gérard (dir), *L'empathie*, Paris, Odile Jacob, 2004, p.149-181.

¹⁸⁸ CUFF Benjamin MP et al., « Empathy: A Review of the Concept », art.cit.

¹⁸⁹ Par exemple, je me sens triste pour vous (alors que vous exprimez de la colère).

¹⁹⁰ Mais l'émotion congruente serait encore distincte de la contagion émotionnelle. Pour compliquer le tout, il était classique, par exemple à l'époque de Freud, d'égaliser « contagion de sentiment » et « réponse primitive par sympathie » (FREUD Sigmund, « Psychologie des masses et analyse du moi », op.cit., p. 23).

¹⁹¹ Wispé propose que l'objet de l'empathie est la compréhension, celui de la sympathie le bien-être d'autrui : opposition entre un mode de connaissance et un mode de rencontre. WISPÉ Lauren, « The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed », *Journal of Personality and Social Psychology* 1986; 50: 314-321.

¹⁹² GELHAUS Petra, « The desired moral attitude of the physician: (I) empathy », art.cit.

¹⁹³ Pour Gelhaus, la sympathie comme co-sentir n'est pas tant une contagion émotionnelle directe qu'une identification forcément limitée par des critères sociaux (âge, éducation, statut). Elle se distingue donc de Freud qui pose que « les signes perçus d'un état d'affect sont propres à susciter automatiquement le même affect chez celui qui le perçoit ». FREUD Sigmund, « Psychologie des masses et analyse du moi », op.cit., p. 23.

¹⁹⁴ LEMOGNE Cédic, « Empathie et médecine », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, art.cit.

¹⁹⁵ Un exemple caricatural traverse nombre d'articles philosophiques sur ces questions : si les urgentistes ressentaient les douleurs des malades accidentés, ils seraient inefficaces.

¹⁹⁶ Quand le médecin, comme individu ordinaire, éprouve de la sympathie pour certains malades, et de l'antipathie pour d'autres.

l'empathie (limitée au *feeling into*) lui apparaît bien plus favorable : loin de la contagion émotionnelle spontanée de la sympathie, ou de l'identification facilitée par des similitudes, donc loin de Spinoza et de l'imitation des affects¹⁹⁷, l'empathie serait « un sentir à l'intérieur d'autrui » (« feeling into »), conscient, et conscient également de la tentative de se porter en dehors de soi pour rejoindre l'intérieur de l'autre ; comprendre par empathie les sentiments d'autrui n'implique ni de les approuver ni d'être affectivement bien disposé envers cette personne¹⁹⁸. Le stimulus de l'empathie n'est pas obligatoirement l'émotion directe d'autrui. L'intention empathique à elle seule activerait les mêmes zones cérébrales (cortex frontal inférieur et gyrus temporal médian) en l'absence de stimulus émotionnel¹⁹⁹. L'empathie peut être suscitée par le récit d'un tiers, par des situations imaginaires ou de fiction.

D'autres éléments sont également discutés : l'empathie est-elle un trait de personnalité, une disposition, voire une capacité, ou est-elle situationnelle et contextuelle, accidentelle ? Dans le premier cas, elle serait sensible au genre, à l'éducation, au développement²⁰⁰, et serait plutôt stable. Peut-on en décrire les correspondants cérébraux ? Pas moins de dix zones cérébrales sont répertoriées comme ayant un lien avec l'empathie...²⁰¹ Faut-il inclure dans l'empathie les comportements qui en résultent, ou est-ce un processus séparé ? Est-elle automatique ou contrôlée ? Pour Challita ou Pedersen par exemple, l'empathie est une force de motivation pour l'action bienfaisante²⁰². Entrer dans le détail de ces discussions est hors de notre propos.

D.3 L'EMPATHIE INCORPORÉE DE LIPPS

La distinction entre un volet affectif et un volet cognitif manque l'originalité de Lipps d'une empathie incorporée²⁰³. Or cet auteur est souvent cité pour être une des sources de la notion : sous le terme d'*Einfühlung*, Lipps décrit les esthésies produites chez le spectateur assistant à une représentation de danse. Certes il voit les mouvements du corps du danseur, mais de plus un désir se trouve réalisé chez le spectateur, en quelque sorte par procuration. Le danseur se meut à la place du spectateur, et la vue n'est pas l'essentiel, c'est plutôt

¹⁹⁷ « Si nous imaginons qu'une chose semblable à nous et à l'égard de laquelle nous n'éprouvons d'affect d'aucune sorte éprouve quelque affect, nous éprouvons par cela même un affect semblable »¹⁹⁷. (EIII,prop.27)

¹⁹⁸ GELHAUS Petra, « The desired moral attitude of the physician: (I) empathy », art.cit.

¹⁹⁹ DE GRECK Moritz, WANG Gang, YANG Xuedong, WANG Xiaoying, NORTHOFF Georg, HAN Shihui, « Neural substrates underlying intentional empathy », *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2012; 7(2): 135-144.

²⁰⁰ L'empathie serait aussi liée à l'estime de soi et au renoncement à la toute-puissance. Lorsqu'il vient au monde, le bébé est totalement dépendant de son entourage, puis il passe par une phase où il a l'impression de le contrôler en lui faisant reconnaître ses exigences afin que ses besoins soient satisfaits. Pour Tisseron, c'est parce que son désir de contrôle et d'emprise est satisfait à ce stade (dans le cas contraire, il prévoit des destins plus funestes : soit l'inconsolable, soit le manipulateur), que le bébé peut accepter d'y renoncer plus tard. Il aura suffisamment confiance en lui et dans le monde pour affronter des frustrations et des reports de satisfaction. (TISSERON Serge, *L'empathie au cœur du jeu social*, op.cit., p.43).

²⁰¹ CHALLITA Marie, « From empathic mind to moral behaviour: the "who", "why" and "how" », *Medicine Health Care and Philosophy* 2016; 19:517-522.

²⁰² Ibidem. PEDERSEN Reidar, « Empathy: A wolf in sheep's clothing? », *Medicine Health Care and Philosophy* 2008; 11:325-335.

²⁰³ C'est ce que soutient Hooker notamment : HOOKER Claire, « Understanding empathy... », art.cit.

« le fait de faire l'expérience de sensations kinesthésiques, c'est-à-dire de sensations de la tension musculaire, de sensations articulaires, etc., de la façon dont elles se produisent lors du mouvement, conformément à l'expérience »²⁰⁴.

L'empathie est une imitation esthétique dont la cause ultime est à trouver dans le besoin de satisfaction de soi-même²⁰⁵. Et

« Si je vois le mouvement d'autrui se heurter à des inhibitions, si je vois la personne se donner de la peine : en ce cas je tente d'exécuter ses mouvements pour mon propre compte. Je ressens la pulsion qui me permet de lui venir en aide au travers de mes propres efforts corporels »²⁰⁶.

Ce que Lipps décrit avec *l'Einfühlung* est une réponse esthétique/esthétique, corporelle, directe, et une forme de connaissance d'autrui *par corps* : le spectateur ne fait pas que voir, il exécute les mêmes mouvements (en tout cas il croit le faire) et procède davantage par imitation que par inférence.

On trouvait une idée analogue chez Adam Smith, mais sous le nom de... *sympathy* :

« Des gens qui regardent fixement un danseur en équilibre sur une corde bougent, tournent et balancent leur corps naturellement, comme ils le voient faire et comme ils sentent qu'ils auraient à le faire s'ils étaient dans sa situation »²⁰⁷.

D.4 L'EMPATHIE RECOMMANDÉE

La deuxième des maximes du sens commun qui apparaissent dans la *Critique de la faculté de juger* commande de « penser en se mettant à la place de tout autre ». Maxime de la *pensée élargie*, propre d'un *esprit ouvert* qui peut « réfléchir sur son propre jugement à partir d'un point de vue universel (qu'il ne peut déterminer qu'en se plaçant au point de vue d'autrui) », elle signale que l'accès à l'universel passe par l'empathie, mais sans en employer le terme²⁰⁸.

Si on limite l'empathie à la compréhension adéquate par le médecin de ce qui se passe à l'intérieur du patient en relation avec ce dont il se plaint : sentiments, sensations, conceptions, convictions causales ou évaluatives, espoirs et craintes, etc.²⁰⁹, on pourrait l'inclure dans une perspective quasi-instrumentale, un outil pour la clinique. *L'Einfühlung* n'est-elle pas, selon Freud, le « mécanisme qui permet, en général, d'adopter une attitude déterminée à l'égard d'une autre vie psychique »?²¹⁰ Cette version cognitive de l'empathie est peut-être d'autant plus facilement admise qu'elle élude la subjectivité affectée du médecin, et s'ajoute à la

²⁰⁴ LIPPS Theodor, « Einfühlung, innere Nachahmung, und Organempfindungen », *Archiv für die gesamte Psychologie* 1903; 3 (2-3) :185-204. (traduit par David Romand).

²⁰⁵ D'ailleurs, « la jouissance esthétique, (...) n'est rien d'autre que la jouissance du soi empathique, c'est-à-dire de satisfaction empathique de soi-même ».

²⁰⁶ LIPPS Theodor, « Einfühlung, innere Nachahmung, und Organempfindungen », art.cit.

²⁰⁷ SMITH Adam, « De la sympathie », art.cit.

²⁰⁸ JORLAND Gérard, THIRIOUX Bérange, « Note sur l'origine de l'empathie », *Revue de métaphysique et de morale* 2008/2 ; 58 : 269-80.

²⁰⁹ GELHAUS Petra, « The desired moral attitude of the physician: (I) empathy », art.cit.

²¹⁰ FREUD Sigmund, « Psychologie des masses et analyse du moi », op.cit., p. 48, n.2. Il convient de préciser que Freud n'a pas proposé de théorie systématique de l'empathie, notamment dans la relation au malade.

connaissance plutôt qu'elle ne la perturbe ; elle est supposée accroître l'efficacité, et on peut la penser comme une compétence²¹¹.

Toutefois, cette compréhension empathique n'est pas qu'intellectuelle, et l'empathie est *bifrons* : si elle permet d'avoir une représentation du fonctionnement mental et affectif de nos interlocuteurs, elle fait entrer en résonance avec leurs états sensoriels et émotionnels²¹². Gelhaus estime qu'elle fournit la possibilité de juger de la bonne distance qui convient avec tel patient²¹³. On peut s'étonner qu'un état de résonance soit compatible avec la bonne distance. N'a-t-on pas gardé quelque chose de la sympathie que l'on trouvait par contre inappropriée ?

La difficulté est levée éventuellement si on considère que l'ouverture aux sentiments d'autrui est tendue vers un but de connaissance et non l'expression d'une dimension subie : il s'agirait alors d'être suffisamment affecté pour mieux prendre connaissance des affects d'autrui, sans en être trop affecté pour ne pas entrer en résonance. Autrement dit, le médecin se servirait des émotions ressenties « empathiquement » comme d'un instrument de détection. Cela suppose que soit émoussée la force d'affect tout en conservant la qualité de l'émotion. Certains auteurs plaident pour cet usage purement épistémique de l'empathie en médecine²¹⁴.

Selon Gelhaus, le médecin empathique n'est ni objectif ni subjectif, ni détaché ni identifié, mais il est lié dialogiquement au patient dans un cycle continu d'interprétation réflexive qui intègre l'objectif et le subjectif. La bonne reconstitution d'une anamnèse suppose l'empathie : les expressions du patient nécessitent une interprétation (« de temps en temps je bois un verre » peut tout signifier depuis le buveur d'eau jusqu'à l'alcoolisme sévère), et sans empathie il est impossible de comprendre, ni de poser les bonnes questions, ni de saisir quelles sont les priorités du patient. L'empathie stimule alors l'imagination, la curiosité, l'ouverture à l'autre. Dans une perspective herméneutique, Pedersen propose quelque chose d'assez voisin : la « compréhension appropriée », comme il la définit, n'est pas une méthode prétendant à la vérité, mais une compréhension multimodale influencée par les connaissances, l'expérience, le contexte, dans le but de fournir au patient la meilleure aide possible²¹⁵. Il n'est pas nécessaire, selon nous, d'avoir des représentations fortes de l'intersubjectivité (expérience partagée, réciprocité, syntonie), ni de l'empathie comme « état intersubjectif »²¹⁶.

Reste ouverte pour le médecin la question de ses propres sentiments. La compréhension adéquate comprend d'ailleurs une analyse auto-critique de la part du médecin sur ses propres attitudes, émotions, biais, expériences vis-à-vis de telle situation et de tel patient, toujours singuliers : est-ce qu'il se sent en sympathie ? Est-ce qu'il éprouve de la compassion ? Est-ce qu'il le déteste ? La compréhension empathique ne fait pas que prendre conscience de l'état

²¹¹ HOOKER Claire, « Understanding empathy... », art.cit.

²¹² TISSERON Serge, *L'empathie au cœur du jeu social*, op.cit. Pour Tisseron toutefois, l'opposition entre empathie cognitive et empathie émotionnelle, ne rend pas compte de la *complexité de l'empathie*. Il y a dans celle-ci un appel à la réciprocité et une préoccupation dirigée vers l'autre qui mobilise des comportements d'entraide.

²¹³ GELHAUS Petra, « The desired moral attitude of the physician: (I) empathy », art.cit.

²¹⁴ BETZLER Riana J, « How to clarify the aims of empathy in medicine », art.cit.

²¹⁵ PEDERSEN Reidar, « Empathy: A wolf in sheep's clothing? », art.cit.

²¹⁶ Nous les laissons à certains courants de psychothérapeutes qui font grand cas de la relation « duale » (en mathématique, dual qualifie un élément lié à un autre élément par une relation de correspondance réciproque). Voir par exemple VANNOTTI Marco, « L'empathie dans la relation médecin-patient », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2002, 29 (2) : 213-237.

émotionnel et de la réalité conceptuelle de l'autre, mais encore elle l'analyse selon son propre degré de proximité/distance à l'autre et selon son expérience.

L'implication émotionnelle requise pour le médecin est alors celle qui permettra un usage optimal de l'empathie instrumentale. Avoir en face de soi un médecin empathique produit généralement un effet positif apaisant sur le malade et augmente sa confiance²¹⁷. Nombre d'auteurs en concluent que l'empathie doit être cultivée par les médecins²¹⁸. Svenaeus en fait d'ailleurs la composante... sensible (!) de la *phronēsis*²¹⁹. L'empathie est en effet une sorte de discernement, une manière de voir ce qui se passe dans le monde partagé.

D.5 DIFFICULTES PERSISTANTES ET PROBLEMES EN SUSPENS

Ce portrait-robot de l'empathie souhaitable a négligé quelques difficultés de taille. La première concerne la qualité de la compréhension d'autrui. Se fier à l'*Einfühlung* devrait rendre prudent. Si c'est une esthésie corporelle (Lipps), à ce titre elle renseigne davantage sur la disposition subjective de celui qui ressent que sur l'état de l'individu qui lui fait face. Si c'est une imagination, il en va de même. Lacan aura critiqué assez sévèrement la notion de compréhension de l'autre enracinée dans l'empathie, supposée nous rendre l'autre transparent, « à la façon naïve dont nous nous croyons transparents à nous-mêmes ». Car précisément, la psychanalyse « ça consiste à découvrir que nous ne sommes pas transparents à nous-mêmes. Alors, pourquoi est-ce que les autres nous le deviendraient ? » Cette empathie ne procure qu'une fausse compréhension²²⁰. Nous y reviendrons plus loin en commentant le texte de Lacan

²¹⁷ Freud fait de l'empathie une attitude préférable au point de vue moralisateur, lorsqu'il s'agit, en début de traitement, que s'installe un transfert efficace. FREUD Sigmund, « Sur l'engagement du traitement » (1913), *Œuvres complètes vol. XII*, Paris, Presses Universitaires de France, 2005, p.180.

²¹⁸ Notamment GELHAUS Petra, « The desired moral attitude of the physician: (I) empathy », art.cit.; PEDERSEN Reidar, « Empathy: A wolf in sheep's clothing? », art.cit.; CHALLITA Marie, « From empathic mind to moral behavior... », art.cit.; BENBASSAT Jochanan, BAUMAL Reuben, « What is empathy, and how can it be promoted during clinical clerkship? », *Academic Medicine* 2004;79 (9):832-839.

²¹⁹ SVENAEUS Fredrik, « Empathy as a necessary condition of phronesis: a line of thought for medical ethics », *Medicine Health Care and Philosophy* 2014; 17:293-299.

²²⁰ LACAN Jacques, « Petit discours aux psychiatres de Sainte-Anne », conférence du 10/11/1967. URL : <http://ecole-lacanienne.net/bibliolacan/pas-tout-lacan/> :

« Or, ce fou, c'est vrai qu'on ne le comprend pas et on vient trouver le psychanalyste, en lui déclarant que... c'est l'espoir, enfin, la... la certitude, car c'est un bruit qui s'est répandu que la psychanalyse aide à comprendre, et c'est ainsi qu'on entre d'un bon pas dans ce chemin de la psychanalyse ; d'ici à comprendre le fou pour autant, il est clair qu'on peut attendre, pour la raison que c'est tout à fait une maldonne que de croire que ce soit dans ce registre de la compréhension que l'analyse doit jouer. Je veux dire, ce qui peut de l'analyse avoir prise sur le fou, bien entendu ça va de soi, mais même, en elle-même, la psychanalyse n'est nullement une technique dont l'essence soit de répandre la compréhension, d'établir, même, quoi que ce soit entre l'analysé et l'analyste qui serait de cet ordre, si nous donnons au mot « compréhension » un sens, qui est le sens jaspersien, par exemple ; cette communauté de registre, ce quelque chose qui va s'enraciner dans une sorte d'*Einfühlung*, d'empathie, qui ferait que l'autre nous deviendrait transparent, à la façon naïve dont nous nous croyons transparents à nous-mêmes, ne serait-ce que pour ceci que justement la psychanalyse ça consiste à découvrir que nous ne sommes pas transparents à nous-mêmes ! Alors, pourquoi est-ce que les autres nous le deviendraient ? S'il y a quelque chose que la psychanalyse est faite pour faire ressortir, pour mettre en valeur, ça n'est certainement pas le sens, au sens en effet où les choses font sens, où on croit se communiquer un sens, mais justement de marquer en quels fondements radicaux de non-sens et en quels endroits les non-sens décisifs existent sur quoi se fonde l'existence d'un certain nombre de choses qui s'appellent les faits subjectifs. C'est bien plus dans le repérage de la non-compréhension, par le fait qu'on dissipe,

sur la direction de la cure analytique. Il y précise que l'écoute de l'analyste ne s'arrête pas à la compréhension de l'énoncé, elle « s'accommode » au-delà du discours car il s'agit

« d'entendre, et non pas d'ausculter. Oui certes, non pas d'ausculter la résistance, la tension, l'opisthotonos, la pâleur, la décharge adrénalinique (*sic*) où se reformerait un Moi plus fort (*resic*) : ce que j'écoute est d'entendement »²²¹.

L'empathie qui servirait à s'identifier au malade pour sentir les choses comme lui reste une identification de surface avec des contenus conscients. Notons au passage que la prise de position sur le rôle de l'empathie rejoint les débats sur le contre-transfert auxquels nous avons fait allusion, et que certains courants de psychanalyse ou de psychothérapie font grand cas de l'empathie : « L'empathie est un outil essentiel du travail psychanalytique en ceci qu'elle facilite l'émergence de l'intuition et conduit à l'insight par la voie de l'interprétation »²²².

Le deuxième écueil potentiel porte sur la résonance émotionnelle. Si l'empathie est réellement *bifrons* (représentation du fonctionnement mental / affectif de nos interlocuteurs et résonance ou congruence émotionnelle), la résonance émotionnelle n'est-elle pas exposée aux mêmes conditions limitantes que la compassion, à savoir le critère de similarité²²³? D'autre part, comment peut-on inhiber, pour être efficace médicalement, la résonance émotionnelle qui peut obscurcir le jugement, et aiguïser en même temps la composante cognitive ? Parmi les échelles employées pour mesurer l'empathie certaines valorisent des comportements et des attitudes qui ne sont pas souhaitables pour le médecin : par exemple, « pouvoir rester calme quand tout mon entourage s'inquiète » diminue votre score d'empathie émotionnelle, alors que pouvoir prendre des décisions sans se laisser perturber par les émotions d'autrui est une qualité qu'on peut attendre d'un médecin²²⁴. Et dans l'hypothèse où cette dissociation des composantes de l'empathie est possible, n'y a-t-il pas alors un risque de confusion entre une inhibition encouragée pour mieux servir la finalité de l'action médicale, et une inhibition servant d'autres intérêts ? Pour Tisseron, un désir d'emprise peut atténuer ou éteindre la résonance émotionnelle. La question se pose alors du lien qu'entretiennent le désir d'emprise et le désir d'être médicalement efficace. Car la situation médicale, par elle-même, facilite leur rapprochement voire leur renforcement mutuel : exercer la médecine est une voie qui ouvre un champ socialement valorisé pour le déploiement d'un désir d'omnipotence ; l'agir bienfaisant peut en être un déguisement subtil, et les situations de maltraitance des moments où le désir d'emprise est démasqué.

La troisième difficulté à signaler est que la conception instrumentale cognitive de l'empathie (dans son acception restreinte donc) peut être mise au service d'intentions bienveillantes ou malfaisantes²²⁵. Elle peut accentuer les relations de pouvoir à l'avantage des médecins, par exemple les techniques pastorales de l'aveu, que facilite l'usage

qu'on efface, qu'on souffle le terrain de la fausse compréhension que quelque chose peut se produire qui soit avantageux dans l'expérience analytique ».

²²¹ LACAN Jacques, « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », op.cit.

²²² BERES David, ARLOW Jacob A, « Fantasma et identification dans l'empathie », *Revue française de psychanalyse* 2004/3 ; 68 : 771-790.

²²³ La réactivité empathique subit des influences, comme le degré de stigmatisation de certains groupes sociaux : LEMOGNE Cédic, « Empathie et médecine », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, art.cit.

²²⁴ BETZLER Riana J, « How to clarify the aims of empathy in medicine », art.cit.

²²⁵ TISSERON Serge, *L'empathie au cœur du jeu social*, op.cit.

communicationnel de l'empathie²²⁶. Cet usage communicationnel, quand il devient trop visible et exhibe son côté purement instrumental, peut aussi susciter de la méfiance. On est alors aux antipodes de la précondition anthropologique pour le développement d'un comportement moral²²⁷. Une échelle spécifique, la *Jefferson Scale of Physician Empathy*, a été développée pour le contexte médical : elle sépare l'empathie (cognitive) de la sympathie (affective), mais inclut une intention de venir en aide. L'usage de ces échelles (et de l'entraînement visant à améliorer son score pour satisfaire aux exigences du curriculum) pourrait conduire à la promotion d'un comportement stéréotypé, alors que l'empathie devrait amener une plus grande flexibilité du praticien et une attitude individualisée²²⁸. Certaines préconisations laissent penser que l'empathie pourrait se limiter à une technique de reformulation, destinée à afficher au patient sa sensibilité et sa compréhension. Ainsi, le guide Cambridge-Calgary pour l'entretien médical, manuel très utilisé au Royaume Uni dans la formation des étudiants, traite l'utilisation de l'empathie comme un objectif à atteindre : le médecin

« utilise l'empathie : reconnaît ouvertement les points de vue et émotions du patient et utilise le reflet pour communiquer sa compréhension et sa sensibilité aux émotions du patient ou à sa situation difficile »²²⁹.

Il s'agit donc ici, non pas de la compréhension *per se*, mais de sa communication, sur le mode du reflet, donc de l'écho. Cette empathie ne nécessite qu'une reconnaissance de surface²³⁰. La traquer dans des verbalisations produites par routine fait perdre de vue que l'empathie n'a pas besoin d'être verbalisée. Quant aux techniques pédagogiques employant la simulation, on peut leur reprocher d'accentuer l'idée qu'on peut « performer » des comportements empathiques artificiels²³¹ : certaines semblent d'ailleurs avoir montré que les résultats aux exercices ne sont pas transposables dans la pratique réelle²³².

Ces limitations de l'empathie peuvent faire préférer le souci/la préoccupation (*concern*). Voici la définition que Prinz en donne : « Concern is a negative sentiment caused by the recognition that someone is in need »²³³. Se sentir concerné est une des composantes de la compassion qui n'apparaît pas constitutive de l'empathie²³⁴. Il fut une époque où l'attitude recommandée pour les médecins était le « detached concern » pour éviter l'implication émotionnelle de la compassion²³⁵. Il y a des explications historiques et sociales à l'évolution constatée vers les recommandations d'implication émotionnelle : les médecins sont devenus plus distants (spécialisation, disparition de la médecine de famille et des pratiques

²²⁶ HOOKER Claire, « Understanding empathy... », art.cit.

²²⁷ GILLIGAN Carol, *Une voix différente ; pour une éthique du care*, op.cit.

²²⁸ BETZLER Riana J, « How to clarify the aims of empathy in medicine », art.cit.

²²⁹ CALGARY-CAMBRIDGE GUIDE TO COMMUNICATION, « Process skills », Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004, URL <https://rouen.cnge.fr/IMG/pdf/calgary.pdf>.

²³⁰ BETZLER Riana J, « How to clarify the aims of empathy in medicine », art.cit.

²³¹ WEAR Delese, VARLEY Joseph D, « Rituals of verification : the role of simulation in developing and evaluating empathic communication », *Patient Education and Counseling* 2008;71:153-156.

²³² BATT-RAWDEN Samantha A et al., « Teaching empathy to medical students... », art.cit.

²³³ PRINZ Jesse, « Against empathy », *The Southern Journal of Philosophy* 2011; 49 (1): 214-233.

²³⁴ Pour Svenaeus, le concernement professionnel est une forme de sympathie qui est aussi un ingrédient nécessaire du soin empathique... SVENAEUS Fredrik, « The relationship between empathy and sympathy in good health care », art.cit.

²³⁵ HALPERN Jodi, « From idealized clinical empathy to empathic communication in medical care », *Medicine Health Care and Philosophy* 2014; 17: 301-311.

communautaires, perte de confiance) et c'est pourquoi les appels à l'empathie seraient devenus plus pressants²³⁶. Betzler suggère d'écarter la notion d'empathie pour la médecine, au profit de « curiosité engagée », ou de « curiosité affectivement engagée »²³⁷. Nous y souscrivons volontiers.

E. Y ETRE DE SA PERSONNE ?

« De quel droit disait-on de quelqu'un qu'il était ceci ou cela ? Cela me choquait déjà d'entendre dire de quelqu'un qu'il était ou jardinier ou coiffeur. C'était son métier, mais ce n'était pas lui ».

Goldschmidt²³⁸

Nous avons évoqué au début de ce chapitre les difficultés concernant la « personne du médecin ». L'étude de la compassion et de l'empathie confronte au questionnement sur l'implication émotionnelle du médecin. La question du désir du médecin est centrale, que ce soit pour passer de la compassion-tristesse à l'agir actif bienfaisant en prenant appui sur Spinoza, ou dans le découplage sympathie/cognition au sein de l'empathie²³⁹. On hésite toutefois à accentuer outre mesure l'idée que l'action médicale se trouve davantage qualifiée par les dispositions du médecin que par la réalité effective de son acte. Entre l'*opus operatum* et l'*opus operans*²⁴⁰, quelle est la proportion qui revient à la fonction exercée, laquelle à l'individu ? Y a-t-il un lien éthique entre le sujet et son action ? Y aurait-il deux extrêmes, le chirurgien et le psychanalyste ? Le texte de Lacan sur la direction de la cure analytique nous amènera à faire un pas de côté par rapport à l'abord habituel de ces questions. Mais avant cela, nous voulons examiner de plus près la question de la vulnérabilité du médecin, que certains mettent en avant comme condition préalable à la compassion.

E.1 LA VULNERABILITE DU MEDECIN

La sensibilité morale a une part affective (i.e. non cognitive, en dernière instance) qui pour certains est tout à fait essentielle à la clinique médicale : elle renvoie à une sensibilité pré-intentionnelle, une vulnérabilité à l'autre, et notamment à la vulnérabilité de l'autre²⁴¹. En quelque sorte, la vulnérabilité serait l'état fondamental de la sensibilité, qui permettrait par exemple à la compassion ou à l'empathie de se déployer. Nous ne pouvons pas ne pas nous intéresser de près à cette notion relativement nouvelle²⁴².

²³⁶ BETZLER Riana J, « How to clarify the aims of empathy in medicine », art.cit.

²³⁷ Ibidem.

²³⁸ GOLDSCHMIDT Georges-Arthur, *Un destin*, Paris, L'Eclat, 2016, p.41.

²³⁹ Nous l'avons déjà rencontrée au chapitre XI à propos du transfert.

²⁴⁰ Cette distinction médiévale entendait traiter la question de la validité d'un sacrement administré par un hérétique. Un des arguments invoqué était que « l'infirmité du médecin ne compromet pas l'effet de la médecine ». Voir AGAMBEN Giorgio, *Opus Dei. Archéologie de l'office. Homo sacer II, 5*, trad. Martin Rueff, Paris, Seuil, « L'ordre philosophique », 2012, p.39-41.

²⁴¹ NORTVEDT Per, « Sensibility and clinical understanding », art.cit.

²⁴² Une partie de ces réflexions a été publiée dans WEBER Jean-Christophe, « La vulnérabilité du médecin », art.cit.

1.1. Une notion nouvelle

Philosophes et intellectuels se sont emparés assez récemment de la vulnérabilité pour signifier, non plus un indice de fragilité subie par une partie des gens, mais au contraire une condition anthropologique ou ontologique de l'être humain en général, qui légitime des soins de toute nature, voire encore une précondition de la pratique authentique du soignant, en l'adossant ou non à la compassion²⁴³. Tous les usages actuels de la notion de vulnérabilité ne facilitent pas cette perspective, bien au contraire. Si la vulnérabilité signifie une exposition particulière à la blessure et aux dommages, celle du soignant pourrait bien s'avérer un handicap : contagion des souffrances, intensification négative du rapport à autrui, épuisement professionnel²⁴⁴. On retrouve sous d'autres termes ce qui a déjà été thématiqué pour la compassion, sauf à noter que celle-ci s'ancre sur un spectacle alors que la vulnérabilité est volontiers articulée à un appel. La vulnérabilité « positive » voire nécessaire à l'agir soignant s'appuie sur l'idée que pour être responsif à l'appel de l'autre, il faut y avoir été sensible, y avoir été vulnérable. Faut-il réellement aller plus loin qu'une *sensibilité clinique* (Cf. chapitre X) du praticien ? La vulnérabilité ne fait-elle que « recycler » l'aptitude naturelle à la compassion ?

Le premier sens de vulnérabilité à s'être imposé dans la réflexion éthique récente la situe du côté du malade, destinataire de l'action médicale. Son caractère récent est attesté par le fait que le mot « vulnérabilité » n'est pas indexé comme entrée dans le *Dictionnaire de la pensée médicale*²⁴⁵, ni dans le *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*²⁴⁶. La notion a notamment pris consistance pour faire contrepoint à la prééminence jugée problématique du principe d'autonomie entendu comme un principe libéral d'autodétermination²⁴⁷ : y loger le noyau dur de l'éthique biomédicale, c'est certainement prendre le risque d'oublier la condition d'un malade souffrant, fragile, précaire. A l'inverse, mettre l'accent sur la restriction des capacités, sur la vulnérabilité, oblige le soignant à une extrême attention et invite à la sollicitude. Articuler de manière dialectique vulnérabilité et autonomie permet d'enrichir la considération pour autrui : le patient moral est volontaire, rationnel, indépendant, il délibère sur ses préférences, mais il est aussi relationnel, faillible, limité, dépendant pour ses soins d'autres êtres humains²⁴⁸. La vulnérabilité complète et même reconfigure « le référentiel de l'autonomie »²⁴⁹. Couplée à la responsabilité du médecin, la vulnérabilité du malade renforce la

²⁴³ Comme Nussbaum, pour qui une des conditions cognitives de la compassion est le jugement d'une commune vulnérabilité.

²⁴⁴ BAUR Vivianne, VAN NISTELROOIJ Inge, VANLAERE Linus, « The sensible health care professional: a care ethical perspective on the role of caregivers in emotionally turbulent practices », *Medicine Health Care and Philosophy* 2017; 20:483-493.

²⁴⁵ LECOURT Dominique (dir) *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2004.

²⁴⁶ CANTO-SPERBER Monique (dir), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, op.cit.

²⁴⁷ C'est entre autres la thèse défendue par Corinne Pelluchon (PELLUCHON Corinne, *L'autonomie brisée. Bioéthique et philosophie*, op.cit.). La médecine prend en considération « l'autonomie brisée » du malade, sujet pris au dépourvu qui en appelle à la responsabilité pour l'autre.

²⁴⁸ MAILLARD Nathalie, *La vulnérabilité, une nouvelle catégorie morale ?* Genève, Labor et Fides, 2011.

²⁴⁹ MAILLARD Nathalie, « La vulnérabilité ou l'épuisement d'un certain mode de penser », in JOUSSET David, BOLES Jean-Michel, JOUQUAN Jean (dir), *Penser l'humain vulnérable. De la philosophie au soin*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2017, p.1116.

justification et la légitimité des devoirs de bienfaisance et de protection. Davantage encore, elle impose le prendre soin comme sa suite naturelle²⁵⁰. Constatons d'emblée qu'il y a là un écart notable de perspective avec ce que Canguilhem²⁵¹, Lacan²⁵² ou encore Foucault²⁵³ ont désigné comme le champ « traditionnel » de la médecine, qui est délimité par la demande du malade (elle peut ou non surgir du sentiment d'être vulnérable), et non par l'identification d'une vulnérabilité. Les éthiques du *care*, de la reconnaissance, de la sollicitude, maintenant aussi les « éthiques de la vulnérabilité »²⁵⁴ ont développé cela avec des nuances sur lesquelles nous ne voulons pas nous étendre ici. Elles ne suscitent pas une adhésion unanime²⁵⁵.

Notre attention se porte sur un autre point, à savoir la vulnérabilité de l'agent, ici donc la vulnérabilité du médecin. Non plus celle d'autrui qui requiert une responsabilité responsable²⁵⁶, mais celle de celui qui agit, qui répond à la demande.

Certes, le médecin est vulnérable en tant que toute pratique est fragile. L'agir médical est toujours contingent. Sa réponse implique une sélection : il fait ceci et pas cela, il doit mettre en balance des priorités, « comparer les incomparables »²⁵⁷. Il répond à telle requête mais en néglige une autre²⁵⁸. Nous ne revenons pas sur ce qui a déjà été amplement développé. Si on considère ces limites la médecine est une pratique vulnérable, c'est-à-dire qu'elle peut être atteinte par les circonstances et les aléas de la fortune : pas d'activité sans vulnérabilité peut-on dire avec Nussbaum commentant Aristote, car dans le passage de la puissance à l'acte, il y a toujours le risque de ne pas parvenir à l'achèvement, à l'accomplissement parfait de l'action²⁵⁹. C'est une fragilité qui n'a rien de désirable, mais c'est probablement l'acceptation la moins problématique de la vulnérabilité du médecin, en tant qu'agent d'une *tekhne*.

Par contre la question que nous voulons affronter ici peut être formulée ainsi : *dois-je* être vulnérable, et si oui, dans quelle mesure, pour agir au mieux en tant que médecin ? On entend que c'est une question pratique et éthique à la fois. Certains vont en effet jusqu'à faire de la vulnérabilité une condition nécessaire pour celui qui ne peut réellement porter secours, assistance et soins, qu'en étant préalablement affecté, sensible, lui aussi vulnérable et reconnaissant cette vulnérabilité pour y trouver le fondement de son agir. Pour Corinne Pelluchon, l'éthique de la vulnérabilité au chevet du malade suppose de déposer sa propre

²⁵⁰ PIERRON Jean-Philippe, *Vulnérabilité ; pour une philosophie du soin*, Paris, Presses Universitaires de France, 2010.

²⁵¹ CANGUILHEM Georges, « Puissance et limites de la rationalité en médecine », art.cit.

²⁵² LACAN Jacques, « La place de la psychanalyse dans la médecine », art.cit.

²⁵³ FOUCAULT Michel, « Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine ? », art.cit.

²⁵⁴ PELLUCHON Corinne, *Éléments pour une éthique de la vulnérabilité : Les hommes, les animaux, la nature*, Paris, Cerf, 2011.

²⁵⁵ Ainsi, Jean-François Braunstein voit dans la « philosophie du soin » contemporaine, qui fait grand cas de la vulnérabilité, ainsi que dans l'engouement pour la « bioéthique », deux « mauvaises raisons » pour la philosophie d'aujourd'hui de s'intéresser à la médecine. BRAUNSTEIN Jean-François, « Bioéthique ou philosophie de la médecine ? », *Revue de métaphysique et de morale* 2014/2 ; 82 : 239-56.

Ecrivant cela, il fait référence à Canguilhem, qui au moment de la publication du *Normal et du Pathologique*, indiquait « deux mauvaises raisons » pour un philosophe de s'intéresser à la médecine : prétendre la rénover la médecine en lui incorporant une métaphysique, et porter sur l'activité médicale un jugement normatif.

²⁵⁶ Voir les analyses proposées par Michel Vanni à partir des travaux de Waldenfels. VANNI Michel, *L'impatience des réponses. L'éthique d'Emmanuel Levinas au risque de son inscription pratique*, op.cit.

²⁵⁷ Je reprends ici, mais dans un tout autre contexte, une expression de Emmanuel LEVINAS, *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, Paris, LGF/ Livre de poche, 2011, p.33.

²⁵⁸ VANNI Michel, *L'impatience des réponses...*, op.cit., p.252.

²⁵⁹ NUSSBAUM Martha C, *La fragilité du bien...*, op.cit.

souveraineté²⁶⁰. Elena Pulcini écrit que « le sujet vulnérable, c'est celui qui est capable de dispenser le care parce qu'il reconnaît lui aussi qu'il en a besoin »²⁶¹. Et Agata Zielinski dit que « la dimension éthique de la relation de soin consisterait à accepter de rencontrer l'autre à partir de ma vulnérabilité, et non à partir de ma puissance »²⁶². La relation de soin serait la « rencontre de deux vulnérabilités », et ce « fonds commun de l'humanité » serait « le fondement intersubjectif de la relation de soin comme relation éthique »²⁶³. On voit dans ces expressions la proximité avec la compassion (être affecté par l'autre, jugement de similitude), mais aussi ce qui s'en distingue : l'accent n'est pas sur le spectacle causal, mais sur la réceptivité première.

Si la vulnérabilité du médecin est avérée, quelles en sont les significations et la portée ? Est-ce positif ou négatif, est-il souhaitable d'y insister, opportun de s'y ancrer ? Comment considérer le lien entre vulnérabilité et professionnalisme, autrement que comme caractère commun de toute pratique ? Si la vulnérabilité est classiquement une fragilité potentielle, celle du soignant n'est-elle pas plutôt un handicap, de même que la compassion est une tristesse qui diminue la puissance d'agir ? La notion de vulnérabilité permet-elle d'y voir plus clair sur la place de la compassion ou de l'empathie ?

Ce qui complique l'examen de la question est que le terme de vulnérabilité est employé de plus en plus souvent pour désigner une condition anthropologique voire ontologique ou spirituelle de l'être humain en général²⁶⁴. A quoi est rattaché ce « fonds commun de l'humanité » ? Les cadres théoriques proposés sont variés : ce peut être la fragilité génétique et biologique du vivant, exposé aux vicissitudes du milieu, au vieillissement, à la maladie et à la mort²⁶⁵. Ce peut être la précarité physiologique du nouveau-né, qui nécessite le « Nebenmensch », l'autre secourable et nourrissant, mais aussi l'autre de la parole et du langage pour s'humaniser²⁶⁶. La vulnérabilité peut aussi décrire notre interdépendance ou notre besoin de reconnaissance²⁶⁷, notre exposition à l'inconséquence de notre vouloir et à la faillibilité de notre engagement mondain²⁶⁸. Par tous ces aspects, on entend métaphoriquement une vulnérabilité constitutive, structurelle²⁶⁹. N'oublions pas qu'il s'agit en grande partie d'un recodage sémantique qui unifie sous un seul label des notions élaborées à partir de coordonnées théoriques très diverses. L'idée générale est de souligner que la fable contemporaine de l'individu souverain a des lacunes qu'on ne saurait ignorer.

²⁶⁰ PELLUCHON Corinne, *L'autonomie brisée*, op.cit., p.169.

²⁶¹ PULCINI Elena, « Donner le care », *Revue du MAUSS* 2012/1 ;39 :49-66.

²⁶² ZIELINSKI Agata, « La vulnérabilité dans la relation de soin, 'fonds commun d'humanité' », *Cahiers Philosophiques* 2011 ; 125 : 89-106.

²⁶³ Ibidem.

²⁶⁴ Par exemple : LE BLANC Guillaume, *Vies ordinaires, vies précaires*, Paris, Seuil, 2007; PIERRON Jean-Philippe, *Vulnérabilité ; pour une philosophie du soin*, op.cit. ; PELLUCHON Corinne, *Éléments pour une éthique de la vulnérabilité...*, op.cit.

²⁶⁵ PAUGAM Serge, LE BLANC Guillaume, « Les nouvelles formes de précarité. Regards croisés entre la philosophie et la sociologie », *Sociologie* 2011/4 ; 2 : 417-31. Le débat publié date de 2003.

²⁶⁶ Faut-il maintenant traduire *Hilflosigkeit* par vulnérabilité ? FREUD Sigmund, « Esquisse d'une psychologie scientifique », op.cit.

²⁶⁷ LAUGIER Sandra, « L'éthique comme politique de l'ordinaire », *Multitudes* 2009/2 ; 37-38 : 80-8.

²⁶⁸ BUTLER Judith, *Vie précaire*, Paris, Amsterdam, 2005 ; HONNETH Axel, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Cerf, 2007; NUSSBAUM Martha C, *La fragilité du bien...*, op.cit. ; NUSSBAUM Martha C, *Upheavals of thought...*, op.cit.

²⁶⁹ FERRARESE Estelle, « 'Vivre à la merci'. Le care et les trois figures de la vulnérabilité dans les théories politiques contemporaines », *Multitudes* 2009/2 ;37-38 :132-41.

Certes, ces vulnérabilités de condition peuvent contribuer à légitimer le soin en soi, mais en quoi cela éclaire-t-il la pratique médicale du côté de l'agent ? Une première conclusion à en tirer est que le médecin est un être humain qui a aussi besoin d'échanges langagiers et de reconnaissance, que lui aussi est mis dans l'inconfort par l'évaluation permanente de ses performances : en procédant ainsi, sur l'axe vulnérabilité du soignant – souffrance au travail, nous n'avons fait qu'ajouter des entraves à un exercice déjà en pleine crise, comme nous l'avons vu. Que l'on soit médecin ou non, on peut préférer orienter à la hausse sa puissance d'agir, que de contempler sa triste condition.

1.2. Extensions du domaine de la vulnérabilité

Retournons alors un peu en arrière dans le temps. Avant la reprise philosophique récente de la vulnérabilité²⁷⁰, l'efflorescence de la notion avait déjà eu lieu dans d'autres champs, et il convient de le souligner pour prendre la mesure du paysage dans lequel la question est posée aujourd'hui. Dans quels jeux de langage apparaît aujourd'hui le signifiant « vulnérabilité » ? Quelle est l'étendue des significations qu'il véhicule ? Leur multiplicité est remarquable, mais jette aussi le trouble. Aussi convient-il de commencer par un rappel étymologique.

Pour le dictionnaire *Trésor de la Langue Française*, « vulnérabilité » marque le caractère de ce qui est vulnérable ; c'est un synonyme de fragilité. « Vulnérable » est d'abord employé (au XVII^e siècle) pour qualifier un être animé (ou une partie du corps) qui se trouve exposé à la blessure ou aux coups, et par extension, à la douleur physique et à la maladie. Puis, l'extension s'est faite aux inanimés, et c'est le sens le plus employé actuellement : tel secteur industriel, tel pays, voire telle théorie, est vulnérable, signifie qu'il peut être attaqué, ou atteint facilement parce qu'il donne prise à une agression (des spéculations financières à la critique académique). Le troisième sens s'applique à la personne, ou à la personnalité, et souligne une sensibilité aux attaques morales ou aux agressions extérieures. L'étymologie renvoie au latin tardif *vulnerabilis* (= qui peut être blessé), et on trouve dans la même famille le verbe *vulnero-vulnerare* (blesser, au sens propre comme au figuré²⁷¹). En Français, vulnérer, verbe transitif direct employé au sens propre (1380) puis au sens figuré (1519), tombe en désuétude quand l'adjectif commence sa carrière en 1676. La racine commune *vulnus* signifie : la blessure, la plaie, le coup, la lésion, la morsure ; la parenté avec l'anglais *wound*, et l'allemand *Wunde* est probable. *Vulnus* est une lésion qui vient du dehors contrairement à *ulcus*, la plaie consécutive à une maladie. C'est aussi au sens figuré la blessure (morale), douleur et affliction (*vulnus domesticum*, le deuil familial chez Tacite). Vulnérable et vulnérabilité ont donc une nette connotation négative. On a un couple entre un mauvais coup, une menace, une blessure, physique ou morale, qui vient de l'extérieur, et la personne ou la chose qui peut en subir les conséquences fâcheuses.

²⁷⁰ L'ouvrage de Tronto (TRONTO Joan, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, op.cit.) a sans doute été un des points de départ.

²⁷¹ *Vulnerant omnes, ultima necat*. Elles (les heures) blessent toutes, la dernière tue.

Chacun peut constater l'usage expansif du terme dans différents domaines et dans une multitude de registres, à partir d'un noyau sociologique²⁷² : la consultation des archives d'un journal tel *Le Monde* montre un usage préférentiel de la notion dans les domaines économique et social (que ce soient des monnaies ou des personnes), mais elle s'étend depuis la nature vulnérable (i.e. la forêt amazonienne) et vulnérante (i.e. les catastrophes naturelles), jusqu'aux personnages politiques. On constate aussi l'extrême étendue des menaces : mondialisation, dérèglement climatique, virus informatiques, attaques terroristes, dominations en tous genres.

Si certains réservent la vulnérabilité à des catégories spécifiées d'individus (par exemple les familles monoparentales, les adolescents en fugue, les civils dans un conflit armé, les femmes de couleur lesbiennes ou « trans » vis-à-vis des violences sociétales de genre), on précise volontiers aujourd'hui que ce sont les *plus* vulnérables, ou ceux qui sont *particulièrement* vulnérables²⁷³. C'est dire que si la vulnérabilité n'est plus le fait de quelques-uns, mais qu'elle nous concerne tous, elle reste néanmoins distribuée selon un gradient, que les spécialistes tentent de mesurer à l'aide d'outils de plus en plus sophistiqués²⁷⁴. On renoue peut-être avec l'idée d'un continuum entre normal et pathologique, notamment quand on décrit au moyen de la vulnérabilité les prédispositions génétiques qui peuvent s'exprimer ou non selon les conditions du milieu²⁷⁵, ou encore on suggère un axe de « capacités » (aptitudes effectives) tendu entre deux pôles, vulnérabilité et résilience, quand on se propose de situer l'amplitude et l'accessibilité réelle des possibilités d'agir et de réagir des grands vieillards²⁷⁶ ou des acteurs économiques ayant à faire face à des opportunités ou à des dommages²⁷⁷. La valence reste globalement négative, et l'usage parfois ambigu : ainsi les gérontologues alertent sur la perte des libertés individuelles qui accompagne toute politique de « protection » des vulnérables²⁷⁸ et sur la contribution péjorative de la notion aux représentations négatives portées sur les personnes âgées²⁷⁹. Vulnérable ? Non, merci !

²⁷² Par exemple, dans l'ouvrage de Castel sur le salariat (1995), la vulnérabilité est (encore) associée à la désaffiliation, alors que la précarité des conditions de travail était longtemps compensée par « la densité des réseaux de protection rapprochés procurés par le voisinage ». CASTEL Robert, *Les métamorphoses de la question sociale* (1995), Paris, Gallimard, « Folio essais », 2009, p.17.

²⁷³ BOURDELAIS Patrice, « Qu'est-ce que la vulnérabilité ? "Un petit coup renverse aussitôt la personne" (Süssmilch) », *Annales de démographie historique* 2005/2 ;110 : 5-9. LAUFER Laurie, AYOUC Thamy, « Violences conjugales, famille, vulnérabilité », art.cit.

²⁷⁴ Par exemple : BIDOU Jean Etienne, DROY Isabelle, « De la vulnérabilité individuelle aux syndromes de vulnérabilité : quelles mesures ? », *Revue Tiers Monde* 2013/1 ; 213 :123-42.

²⁷⁵ Cette représentation du couple prédisposition / maladie est présentée et discutée in : SIMONS R.L., KIT LEI M., BEACH SRH, BRODY GH, PHILIBERT RA, GIBBONS FX, « Social environmental variation, plasticity genes, and aggression: evidence for the differential susceptibility hypothesis », *American Sociological Review* , 2011; 76 (6): 833-912.

²⁷⁶ RICHARD Jacques, « 'Résilience et vulnérabilité'. De l'ajustement des concepts en psychogérontologie », *Gérontologie et société* 2004/2 ;109 : 109-25.

²⁷⁷ SIRVEN Nicolas, « De la pauvreté à la vulnérabilité : Évolutions conceptuelles et méthodologiques », *Mondes en développement* 2007/4 ;140 : 9-24.

²⁷⁸ LACOUR Clémence, « La personne âgée vulnérable : entre autonomie et protection », *Gérontologie et société* 2009/4 ;131 :187-201.

²⁷⁹ BOZZARO Claudia, BOLDT Joachim , SCHWEDA Mark, « Are older people a vulnerable group? Philosophical and bioethical perspectives on ageing and vulnerability », *Bioethics* 2018;32:233-239.

1.3. Ambiguïtés de la vulnérabilité

Des sociologues comme Estelle Ferrarese²⁸⁰ et Marc-Henry Soulet²⁸¹ ont produit des analyses critiques de cet usage nouveau de la vulnérabilité qui accompagne les transformations sociales contemporaines : montée de l'individualisme, de la performance, de l'évaluation, incitation pressante à jouer le jeu de la mobilité, de la flexibilité, de l'adaptation permanente, du recyclage incessant, et fragilisation des entreprises collectives et des institutions et des supports sociaux, perception accrue des risques²⁸². Nous vivons en régime d'incertitude globale, tout en étant de plus en plus rendus responsables de notre propre construction et de notre destinée. La vulnérabilité déborde alors du sens classique d'un risque de devenir pauvre pour signifier l'inachèvement du sujet, « l'expression de ses limites personnelles »²⁸³, sa faillite, son échec à être l'entrepreneur de sa vie, à développer des projets et des actions, alors même qu'il y est ardemment incité. L'attention à la vulnérabilité se prolonge dans l'intimation faite à chacun de bien se surveiller, bien gérer ses incomplétudes individuelles, bien mettre au travail son capital humain²⁸⁴. Celui qui ne le peut pas fera l'objet d'une tutelle renforcée, légitimée par sa vulnérabilité constatée²⁸⁵. En réalité, l'ambiguïté de la notion est aussi présente dans ses aspects liés à notre condition biologique : sans une certaine fragilité des structures biochimiques, il n'y aurait aucune adaptation possible du vivant, quel que soit l'échelon d'analyse, depuis les molécules, le génome, jusqu'à l'organisme entier²⁸⁶.

Force est de constater alors que l'affichage du soin, de l'accompagnement social, de la compassion pour les victimes, qui fait la paire avec la vulnérabilité, pourrait bien cacher un certain cynisme néolibéral et la faillite du politique. Nous l'avons déjà dit, la vulnérabilité légitime le soin²⁸⁷. Il faut bien fournir « des appuis qui allègent afin de permettre de supporter, voire de surmonter, par son propre effort, l'épreuve »²⁸⁸. On prend soin de soi, de l'autre, du collectif, mais aussi des non-humains et de la planète entière. La notion unifiante du couplage vulnérabilité/soin peut faciliter une dilution successive du politique dans le social, du social dans le psychique, du psychique dans le moléculaire. On remplacera alors une politique de l'emploi par un parcours à Pôle Emploi, avant le point d'écoute et l'antidépresseur²⁸⁹. Si la politique peut être vue comme un prendre soin, encore faut-il prendre garde à ne pas la réduire au management du vital²⁹⁰. De même, l'extension du compassionnel peut basculer dans « une sorte de délectation ou de vertige devant la profondeur du malheur d'autrui »²⁹¹. Pour lier l'ensemble de ces indications lexicales sur l'étymologie et les usages actuels de la vulnérabilité,

²⁸⁰ FERRARESE Estelle, « "Vivre à la merci"... », art.cit.

²⁸¹ SOULET Marc-Henry, « La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique », *Pensée plurielle* 2005/2 ;10 :49-59 ; SOULET Marc-Henry, « Reconsidérer la vulnérabilité », *Empan* 2005/4 ;60 :24-9.

²⁸² AUBERT Nicole (dir), *L'individu hypermoderne* (2004), Toulouse, Erès, 2017, p.161-75.

²⁸³ MAURIN Eric, *L'égalité des possibles. La nouvelle société française*, Paris, Seuil, 2002, p. 72.

²⁸⁴ FASSIN Didier, *Des maux indicibles. Sociologie des lieux écoute*, Paris, La Découverte, 2004.

²⁸⁵ DE RICHEMONT Henri, *Rapport n° 212 (2006-2007), fait au nom de la commission des lois, déposé le 7 février 2007, sur le projet de loi n° 172 (2006-2007)*, URL <http://www.senat.fr/rap/106-212/106-212.html>.

²⁸⁶ DOAT David, « La vulnérabilité : esquisse d'une reconstruction conceptuelle », *Revue de Théologie et de Philosophie* 2016 ; 128 : 733-753.

²⁸⁷ LE BLANC Guillaume, « Le droit à la vie », *Raisons politiques* 2007/1 ;25 :57-71.

²⁸⁸ FASSIN Didier, *Des maux indicibles...*, op.cit.

²⁸⁹ Ibidem.

²⁹⁰ WORMS Frédéric, « Vers un moment du soin ? Entre diversité et unité », art.cit.

²⁹¹ CUGNO Alain, « De notre indifférence », *Études* 2005/6 ;402 : 761-70.

j'indique une autre difficulté : la solidarité n'est pas la déduction logique du constat d'une vulnérabilité²⁹². Au contraire, nourrir une représentation de soi-même comme vulnérable peut faciliter la perception de l'autre ou de quelques autres (les obèses, les roms, les femmes en burka..., mais aussi les malades récalcitrants, ou revendicateurs, ou exigeants...) comme des vulnérables, une menace qui pèse sur l'équilibre de la sécurité sociale, le taux de chômage, l'identité nationale, le bien-être au travail. Victime de l'autre qui actualise ma vulnérabilité, je ferme ma porte ou je prends les armes, y compris celles de la maltraitance. Se sentir vulnérable est un affect susceptible de concurrencer la compassion.

Revenons au médecin, immergé dans ce monde devenu une fourmilière de vulnérabilités. Sa pratique le met au contact quotidien de ceux qui en ont fait les frais : maladie, souffrance, détérioration cognitive, précarité sociale. Du matin au soir il peut attester que ce sentiment diffus de vulnérabilité est parfaitement validé par les situations qu'il rencontre. Il ne s'agit pas alors du sentiment de ne pouvoir occuper une place assignée à l'individu autosuffisant, mais d'un manque effectif de ressource, un manque « de supports objectifs pour accéder (...) [aux] attributs positifs que l'on reconnaît aux individus dans nos sociétés »²⁹³. D'ailleurs, ne se sent-il pas aussi gagné par ce sentiment, du fait de la compassion et de l'imitation des affects ? Nous l'avons vu, pour Spinoza il faut imaginer l'affect dans une chose semblable à nous pour être affecté de la même manière²⁹⁴. Autrement dit, nous avons là une détermination possible de la contagion du sentiment de vulnérabilité, qui ne nécessite aucun arrière monde pour en rendre compte. C'est activé automatiquement, par l'imagination. D'autres l'ont dit autrement. Prendre soin de l'autre considéré comme vulnérable expose, dit Agata Zielinski à sa propre vulnérabilité²⁹⁵. Et nous avons déjà cité Fassin qui constate que la compassion à l'égard des souffrances semble rendre ces dernières contagieuses²⁹⁶. Mais on peut comprendre aussi à partir de Spinoza (EIII, 27) que l'imagination ou le jugement de similitude soient bloqués, parce que sa propre fragilité accuse l'autre d'en être responsable²⁹⁷. L'exposition continue au malheur d'autrui, on le sait, peut conduire au durcissement, alors que le souffrant est en droit d'attendre du professionnel que ce dernier soit suffisamment aguerri pour être en mesure d'y faire face de manière adaptée²⁹⁸. Il n'est pas certain que poser l'équivalence des conditions par le truchement de la vulnérabilité commune au malade et au médecin soit la bonne manière d'y parvenir.

²⁹² C'est pourquoi la vulnérabilité ne parvient pas à unir le vital et le moral, le fait et le droit, comme le montre Frédéric WORMS, « Les dimensions vitales et morales de la vulnérabilité », in JOUSSET David, BOLES Jean-Michel, JOUQUAN Jean (dir), *Penser l'humain vulnérable. De la philosophie au soin*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2017, p.129-138.

²⁹³ CASTEL Robert, « La face cachée de l'individu hypermoderne : l'individu par défaut », in AUBERT Nicole (dir), *L'individu hypermoderne*, op.cit., p.166.

²⁹⁴ E III, prop.27 : « Si nous imaginons qu'une chose semblable à nous, et à l'égard de laquelle nous n'éprouvons d'affection d'aucune sorte [c'est-à-dire vis-à-vis de personnes pour qui nous n'avons ni amour ni haine] éprouve quelque affection, nous éprouvons par cela même une affection semblable. »

²⁹⁵ ZIELINSKI Agata, « Avec l'autre, la vulnérabilité en partage », *Études* 2007, 406 : 769-78.

²⁹⁶ FASSIN Didier, *La Raison humanitaire*, op.cit.

²⁹⁷ J'éprouve une tristesse, une diminution de ma capacité d'agir. Je suis trop vulnérable pour avoir des idées adéquates. J'identifie la présence de l'autre comme étant sa cause, etc. On a mentionné aussi déjà la puissance de la négation : « l'animal linguistique peut ne pas reconnaître comme son semblable un autre animal linguistique ». VIRNO Paolo, *Essai sur la négation...*, op.cit.

²⁹⁸ RENTMEESTER CA., « Should a good healthcare professional be (at least a little) callous ? », *Journal of Medicine and Philosophy*, 2007; 32 (1):43-64.

Le fait est qu'on parle de plus en plus de la vulnérabilité du médecin en référence à l'épuisement professionnel, le fameux *burn-out* qui le guette, et qui aurait tendance à se répandre dangereusement²⁹⁹. Le médecin vulnérable est fatigué, démotivé, anxieux, avant d'être cynique et alcoolisé, déprimé voire suicidant. Ce n'est pas en incitant les soignants à déclarer toute incivilité comme une violence subie qu'on renforcera leur capacité d'agir. Au contraire, cela ne fera que renforcer leur identification à la figure redoutable du vulnérable qui peut à tout instant trébucher pour de bon et devenir victime. Souffrir intensifie négativement le rapport à autrui³⁰⁰, et peut faire émerger ce que nous indiquions plus haut : l'autre en vient à prendre la figure de celui qui me fait souffrir. Je suis vulnérable signifie aussi que j'ai mal à l'autre : du sujet vulnérable au sujet du préjudice, la pente est savonneuse³⁰¹. Sombre perspective paranoïaque, pente glissante pour celui qui s'établit dans l'idée auto-performative de sa propre vulnérabilité, sauf à rendre nécessaire une autre vertu pour y résister, celle du courage³⁰². Sur un autre versant, cette vulnérabilité ressentie et handicapante peut amener le soignant à rechercher un palliatif à sa douleur dans des relations affectueuses et gratifiantes avec certains patients. Le soignant vulnérable cherche secours auprès du malade, il lui demande un peu d'amour. Pas sûr que les quelques élus se tirent à bon compte de cette inversion des places.

1.4. La vulnérabilité radicale

Malgré toutes ces réserves, on peut persister à vouloir considérer une vulnérabilité « positive » voire nécessaire à l'agir soignant. Le risque de *burn-out* ne peut être brandi pour disqualifier le soin empathique³⁰³. Au cœur de l'agir médical le noyau essentiel se laisse décrire comme la réponse à un appel³⁰⁴, avant même d'être la réponse à une demande, nous l'avons évoqué déjà avec le *therapôn*. Ce n'est que dans le mouvement du répondre que le médecin acquiert pleinement son statut de médecin³⁰⁵. L'appel doit d'abord être entendu. Il faut y avoir été « sensible », « susceptible », et ceux qui convoquent Levinas à cet endroit³⁰⁶ – ou la spiritualité chrétienne (Valadier³⁰⁷, Bordeyne³⁰⁸) ajoutent volontiers « vulnérable »³⁰⁹. Premier

²⁹⁹ Voir la conclusion de la deuxième partie.

³⁰⁰ RICOEUR Paul, « La souffrance n'est pas la douleur », *Autrement, Série « Mutations », Souffrances*, Paris, 1994 ; 142 :59-68.

³⁰¹ ASSOUN Paul-Laurent, *Le préjudice et l'idéal. Pour une clinique sociale du trauma*, Paris, Anthropos, 1999.

³⁰² SOLVOLL Betty-Ann, LINDSETH Anders, « The issue of being touched », *Medicine Health Care and Philosophy* 2016; 19:299-306. Nous reviendrons sur le courage plus loin, en lui donnant une inflexion différente.

³⁰³ SVENAEUS Fredrik, « The relationship between empathy and sympathy in good health care », art.cit.

³⁰⁴ LEVINAS Emmanuel, « L'éthique est transcendance... », art.cit., p.43.

³⁰⁵ C'est alors une hétéropraxie, pour reprendre le terme de Michel VANNI (*L'impatience des réponses...*, op.cit.) dont nous suivons ici l'analyse.

³⁰⁶ MAILLARD Nathalie, *La vulnérabilité...*, op.cit.; ZIELINSKI Agata, « Avec l'autre, la vulnérabilité en partage », art.cit.; PELLUCHON Corinne, *Éléments pour une éthique de la vulnérabilité...*, op.cit. ; PIERRON Jean-Philippe, *Vulnérabilité ; pour une philosophie du soin*, op.cit.

³⁰⁷ VALADIER Paul, « Apologie de la vulnérabilité », art.cit. Paul Valadier, dans une apologie de la vulnérabilité, évoque ses bienfaits, par contraste avec l'envers que serait une invulnérabilité, caractéristique d'un être « sans chair, sans sensibilité, sans réactions à l'événement », un « robot (...) indifférent au monde, quoique (...) parfaitement programmé ».

³⁰⁸ BORDEYNE Philippe, « La référence à la vulnérabilité en éthique de la santé : défis et chances pour la foi chrétienne », *Revue d'éthique et de théologie morale, Le Supplément* 2006 ;239 :45-75.

moment avant toute réponse. Passivité première : se laisser impressionner par la demande. Se laisser toucher. Mais même ce « se laisser » est encore de trop si on veut suivre Levinas : la vulnérabilité est exposition sensible à l'autre, mais en rien choisie, ni volontaire, ni même perçue ou expérimentée comme sensibilité. L'autre s'invite voire s'impose, il éveille par son intrusion une inquiétude qui trouble la tranquillité de ma jouissance.

Nussbaum (entre autres) lie étroitement vulnérabilité et compassion. Mais dans ce cas, il est difficile d'accorder Levinas³¹⁰. Chez Levinas, la vulnérabilité est assez complexe. Un des aspects de la vulnérabilité chez Levinas est celle qui résulte de la possibilité que l'autre soit réduit à sa contenance (sa position sociale, ses réalisations, sa santé ou ses maladies). Quand l'autre m'apparaît comme contenance, l'ego s'applique à le réduire, est même invité à le réduire, parce que c'est le mode d'être du conatus, intéressement de l'essence, qui s'exerce, et qui se dramatise dans les égoïsmes : j'apprehende l'autre de manière intéressée³¹¹. Cela va donc au-delà de la vulnérabilité constatable, l'autre est vulnérable parce que le mode d'être des étants est d'être intéressé. Et c'est d'un regard intéressé que je regarde l'autre (que je le dévisage, précisément) : comment l'intégrer dans ma compréhension du monde, comment l'inclure pour la réalisation de mon autonomie... La réductibilité du visage à son apparence, à sa contenance, à ce qui fait de l'autre un objet de ma compréhension est sa vulnérabilité. Autrement dit, si on cherche à rapprocher Aristote et Levinas, les conditions de la compassion accentuent la vulnérabilité d'autrui sous cet aspect.

Un autre aspect de la vulnérabilité *de l'autre* est son dénuement. Mais ce dénuement, qui apparaît dans la vulnérabilité du visage, c'est l'irréductible d'une altérité insurmontable, donc ce qui échappe au jugement de possibilités similaires et à l'identification. « J'ai face à moi non plus un objet que je peux connaître ou posséder mais l'irréductible, l'impressionnante présence du visage d'autrui qui se refuse à moi, et à toute interprétation »³¹² :

« Le visage se refuse à mes pouvoirs, à ma possession. Le sensible saisissable se mue en résistance à la prise, non pas comme la dureté du rocher, non pas comme l'éloignement d'une étoile (ce serait un défi à la faiblesse de mes pouvoirs), mais par l'ouverture, la percée du sensible, l'éclatement de la forme. C'est une profondeur qui s'ouvre, qui met en échec mon pouvoir de prendre »³¹³.

Ce visage nu, exposé, incite à un acte de violence :

« Je ne peux pas prendre, mais je peux encore tuer. L'appropriation de l'autre est une négation partielle, qui conteste l'indépendance de la chose mais la conserve pour mon usage. Le meurtre prétend à la négation totale. Tuer n'est pas dominer mais anéantir,

³⁰⁹ On ne peut s'empêcher de penser à cette phrase de Lacan à propos du contre-transfert : « pensez de quelle hauteur d'âme nous témoignons à nous montrer dans notre argile être faits de la même que ceux que nous pétrissons ». LACAN Jacques, « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », op.cit.

³¹⁰ Ce n'est pas impossible, si on passe par quelques pages d'*Autrement qu'être* (LEVINAS Emmanuel, *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, op.cit., p.103 sq.). Le sensible, la sensation, est à la source du mouvement de connaissance (de l'intuition sensible au concept, la sensation consciente, déjà élément d'un savoir), mais avant cela vulnérabilité-jouissance et souffrance, exposition à la blessure qui atteint la subjectivité du sujet se complaisant en soi. L'exposition à Autrui n'a de sens que comme un « prendre soin du besoin de l'autre », un « donner » qui est un « arracher à soi » malgré soi. S'arracher à la complaisance en soi de la jouissance, arracher le pain à sa bouche.

³¹¹ LEVINAS Emmanuel, *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, op.cit., p.15 : « Esse est interesse ».

³¹² ANTENAT Nicolas, « Respect et vulnérabilité chez Levinas », *Le Portique* [En ligne], 11 | 2003, URL : <http://leportique.revues.org/558>.

³¹³ LEVINAS Emmanuel, *Totalité et infini*, Paris, LGF/Livre de Poche, 2006, p.215sq.

renoncer absolument à la compréhension. Le meurtre exerce un pouvoir sur ce qui échappe au pouvoir. Encore pouvoir, parce que le visage s'exprime dans le sensible, mais déjà impuissance, parce que le visage déchire le sensible. L'altérité qui s'exprime dans le visage fournit l'unique « matière » possible à la négation totale »³¹⁴.

A la force, Autrui oppose l'infini de sa transcendance, et cet infini, c'est (aussi) le visage, c'est le premier mot « tu ne commettras pas de meurtre ». Relation avec une résistance, non pas très grande, mais résistance éthique de qui n'a pas de résistance (physique). La relation avec l'infini conditionne positivement l'impossibilité de tuer. Cet infini paralyse mes pouvoirs :

« Si l'autre, le visage de l'autre, qui après tout véhicule la signification de cette précarité, me pousse au meurtre et m'interdit simultanément de passer à l'acte, alors le visage produit une lutte en moi, et place cette lutte au cœur de l'éthique »³¹⁵.

A cette vulnérabilité *de* l'autre, s'ajoutera une vulnérabilité à Autrui. Du côté du « répondant », du médecin donc, la vulnérabilité *de celui qui est requis par l'appel* est une quasi-blessure, une contrariété, et même la défection d'une identité assurée d'elle-même, jusqu'à l'hémorragie³¹⁶. Il n'y a donc pas équivalence des vulnérabilités. D'autre part on ne peut pas dire que le sujet soit prêt à accueillir la requête, au contraire c'est la requête, Levinas parle d'élection, qui le constitue comme sujet, responsable pour autrui avant même une quelconque décision pratique. La vulnérabilité est le cœur d'un sujet sans défense. Une certaine violence est toujours présente, reliée à la transcendance de l'infini qui brise la prétention totalisante de toute connaissance et de tout pouvoir sur le prochain³¹⁷. Levinas accorde à la vulnérabilité une valeur éthique, car la responsabilité pour autrui s'y révèle première. Le sujet ne se définit pas par l'autonomie, mais il est plutôt *pour l'autre*, originairement; sa responsabilité étant antérieure à une quelconque décision souveraine de sa part. La vulnérabilité est le cœur du sujet. Elle l'assiège en le rendant otage de l'autre. Pour Levinas, je suis toujours responsable de tous et pour tout, pris en otage jusqu'à la substitution à autrui. C'est hyperbolique :

« Je suis d'emblée le serviteur du prochain, déjà en retard et coupable de retard, je suis comme ordonné du dehors – traumatiquement commandé sans intérioriser par la représentation et le concept l'autorité qui me commande. Cette persécution traumatisante est assumée comme l'essence de la subjectivité, toujours accusée et coupable et punie avant d'avoir rien fait »³¹⁸.

La « persécution » est donc au cœur du soi ; être le serviteur n'est pas le résultat d'une décision qui dépend de mon liberté : « Le visage du prochain me signifie une responsabilité irrécusable, précédent tout consentement libre, tout pacte, tout contrat »³¹⁹.

³¹⁴ Ibidem.

³¹⁵ LEVINAS Emmanuel, *Altérité et transcendance*, Montpellier, Fata Morgana, « Essais », 1995. Réédition LGF/Livre de poche, 2006, p.168.

³¹⁶ LEVINAS Emmanuel, *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, op.cit.

³¹⁷ Cela va encore plus loin. Levinas exprime par le terme d'an-archie l'idée que cette défection du moi précède tout événement subi par un sujet mondain. C'est en deçà. Ce que réalise alors l'immédiateté du sensible (c'est-à-dire l'exposition à autrui) c'est d'atteindre (de rejoindre ?) cette subjectivité an-archique qui est vulnérable au sensible, et arrache le moi à sa jouissance : la subjectivité est, malgré soi, pour l'autre, et contraire le Moi.

³¹⁸ LEVINAS Emmanuel, *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, op.cit., p.112.

³¹⁹ Ibid.

Cette conception de la responsabilité a souvent paru excessive. Pour Antenat, « Levinas l'assume car l'éthique est une exigence infinie »³²⁰. Cela n'a donc rien à voir avec une éthique des valeurs : « la présentation de l'être dans le visage n'a pas le statut d'une valeur »³²¹ parce que cette manifestation du visage ne saurait tolérer l'ambivalence entre le vrai et le faux sous-entendue par toute valeur. « Être-pour-autrui, ne doit pas suggérer une finalité quelconque et n'implique pas la position préalable ou la valorisation d'une je ne sais quelle valeur. Être pour autrui - c'est être bon »³²². Et qu'est-ce que la bonté, sinon un « attachement à l'autre dans son altérité jusqu'à lui accorder une priorité absolue par rapport à soi-même »³²³ ?

Responsabilité écrasante, sans commune mesure avec la responsabilité assumée des actes qui font suite, ou non, à une requête concrète, ce qui rend difficile le passage d'une pensée aussi radicale à une éthique de la réponse qui s'inscrit dans des gestes concrets³²⁴. Et ce d'autant plus que l'autre levinassien est ce qui échappe à la saisie compréhensive³²⁵. Pourtant, dans un entretien accordé à Emmanuel Hirsch, Levinas fait de la réponse du médecin à l'appel du malade une espèce de prototype de la relation à autrui. Comme si la première réponse à l'appel de l'autre était une réponse médicale³²⁶. Or l'interpellation par le cri de détresse peut susciter la compassion, stimuler la sollicitude, mais le cri peut aussi être ignoré, confiner dans l'incapacité d'agir, ou précipiter dans le passage à l'acte pour le faire taire. Problème pratique !

1.5. Une sensibilité calleuse.

Le médecin responsable n'est pas un sujet qui ne se constitue que par l'interpellation. La question est celle de la disposition subjective du soignant, non pas celle an-archique, pré-originale, que l'Autre suscite, mais celle d'un sujet agissant dans le monde, dans l'immanence de la situation, requis de prendre une orientation pratique et sélective. Vue dans le champ pratique, la capacité à entendre l'appel n'est pas pure passivité. Au contraire, c'est un mouvement actif : on s'offre à l'écoute, on se dispose à entendre, on s'ouvre à la demande. Le malade est constitué comme éromène avant qu'il ait pris la parole. C'est même la manière dont nous configurons notre praticable, la manière dont nous nous disposons à l'écoute d'une demande qui permet à cette demande d'être formulée, à la requête d'être énoncée. Le mouvement d'un répondre possible apparaît au moins dans le même temps que la demande, même si l'exigence exercée sur moi précède toute initiative concrète, adéquate ou non, du répondant.

Dans ce mouvement qui inaugure la mise en œuvre de la *tekhnē* médicale, il y a une nécessité pratique d'exercer ses sens, d'être sensible et perspicace³²⁷. Son fondement est pratique, il n'est pas nécessaire d'y adjoindre une obligation morale ni un soubassement

³²⁰ ANTENAT Nicolas, « Respect et vulnérabilité chez Levinas », art. cit.

³²¹ LEVINAS Emmanuel, *Totalité et infini*, op.cit., p.177.

³²² Ibid., p.239.

³²³ LEVINAS Emmanuel, *Altérité et transcendance*, op.cit., p.155.

³²⁴ VANNI Michel, *L'impatience des réponses...*, op.cit.

³²⁵ Ce qui rend quelque peu paradoxal voire étrange l'usage extensif de Levinas par des psychothérapeutes, notamment de la mouvance Rogérienne. PLANT Bob, « Levinas in therapy », *Theory and Psychology* 2018; 28 (3) : 279-297.

³²⁶ LEVINAS Emmanuel, « L'éthique est transcendance... », art.cit.

³²⁷ Cf. les qualités auxiliaires de la *phronēsis* vues au chapitre VIII, E.

métaphysique. Cette justesse d'appréhension de la situation clinique rend nécessaire une acuité perceptible à toutes ses dimensions, les plus techniques en même temps que les plus relationnelles³²⁸. Cette sensibilité est là encore perception active et orientée. Savoir ouvrir ses sens, esthétiser sa pratique : regard, écoute, et même toucher, se prêter à une éducation du regard, de l'écoute et de la parole, des gestes sont des devoirs pratiques avant d'être moraux. Si l'attention soigneuse à l'expérience du patient est souvent négligée³²⁹, c'est peut-être une faute épistémologique, une limite de la rationalité médicale, un défaut d'esthésie, une erreur du raisonnement pratique. Aborder cette question par le biais de la vulnérabilité n'ajoute rien de décisif. Au contraire, cela pourrait faire perdre de vue – à celui qui n'endosserait pas toute la philosophie levinassienne qui l'englobe – la nécessité technique d'une attention aiguisée pour pouvoir recueillir les petits détails, jauger les traces ténues mais parfois significatives qui orientent le diagnostic, font prendre la bonne décision, prononcer les mots justes. Cette sensibilité n'est pas une faiblesse mais une force qui vient au-devant de la raison délibérante et la nourrit, elle ne s'oppose pas mais se noue aux connaissances théoriques et aux savoirs tacites. On se reportera ici à Kant qui oppose la sensibilité active et la sensibilité passive du consentement:

« La capacité à faire preuve de sensibilité (...) est une faculté et une force, consistant à laisser s'affirmer aussi bien l'état de plaisir que celui de déplaisir, ou à les écarter de l'esprit, et il y a donc en la matière un choix »³³⁰.

Faut-il aller plus loin qu'une sensibilité clinique du praticien ? Quelles sont les difficultés pour l'être affecté ? La douleur de l'autre peut être angoissante. Nous avons évoqué plus haut la contagion des émotions. Le soignant peut se trouver captif de son propre imaginaire, surtout quand il se trouve à court de réponses. Si j'éprouve en moi cette vulnérabilité qui rend l'angoisse contagieuse, alors peut s'enflammer un moteur assez puissant pour réduire l'autre souffrant au silence afin que ma propre souffrance trouve son terme³³¹.

L'amour aussi rend vulnérable : les flèches d'Erôs sont redoutables. Et si toute demande est grosse d'une demande d'amour, se sent surtout (péniblement) vulnérable celui qui s'est cru détenteur du savoir/pouvoir adéquat à toute réponse possible et destinataire de tout amour, et qui se trouve confronté à sa destitution³³². Par rapport au degré d'affectation par l'autre qui soit adéquat, on sent bien qu'on est là sur une zone délicate. Freud, qui en connaissait un rayon sur l'amour de transfert, conseillait nous l'avons dit, de prendre modèle sur le chirurgien, qui laisse de côté toute réaction affective et jusqu'à toute sympathie humaine, pour poursuivre un seul but : mener aussi habilement que possible son opération à bien³³³. Pour autant, il y va bien dans une *tekhne* de l'être du praticien, il y est pris dans son être, il y est inter-essé. Cela suppose une duplication subjective et non le sacrifice de l'engagement qui conduit au *burn-out*. Il faut en somme pouvoir être intéressé sur le mode du « comme non »³³⁴. Etre sensible, comme ne

³²⁸ Voir le chapitre X.

³²⁹ BISHOP Jeffrey P, « Subjective experience and medical practice », *Journal of Medicine and Philosophy* 2012;37(2):91-5.

³³⁰ KANT Emmanuel, *Anthropologie du point de vue pragmatique* (1798), trad. Alain Renaut, Paris, GF-Flammarion, 1993, p.195 (AK VII, 236).

³³¹ WEBER Jean-Christophe, « Douleur, éthique et bienveillance », art.cit.

³³² WEBER Jean-Christophe, « Prendre soin de sa technè », *Le Coq Héron* 2011 ; 206 :33-47 ; WEBER Jean-Christophe, « Gouverner les chairs et les esprits », art.cit.

³³³ FREUD Sigmund, « Conseils aux médecins sur le traitement analytique », art.cit.

³³⁴ AGAMBEN Giorgio et al., « Une biopolitique mineure », art.cit.

l'étant pas, pour pouvoir rester en position de soignant, fiable par gros temps comme le pilote de navire du *Politique*³³⁵.

A cet endroit précis on pourrait forcer le sens à rebours du dictionnaire, pour entendre autrement cette définition : « vulnérable : qui peut être blessé ». Entendons le « peut » comme un pouvoir, non une éventualité de survenue mais presque une force. Vulnérable : non pas un risque de dommage qui nous met au tapis, mais comme une capacité à encaisser les coups. Pour reprendre une expression en vogue : « Même pas mal ! ». On dit parfois des soignants qu'ils s'endurcissent au contact de la souffrance d'autrui, et on décrit ainsi parfois une nécessité pratique, une condition pour pouvoir travailler, parfois un défaut (on parle alors souvent de blindage émotionnel)³³⁶. L'image du cal peut ici nous servir d'analogie pour lever l'aporie. Dans la main de l'artisan, le cal est un épaississement de la peau qui résulte de frottements répétés. Le cal protège la peau, et on pense souvent qu'elle amortit le toucher, qu'elle diminue la sensibilité. Sennett rappelle que c'est le contraire qui est vrai :

« En protégeant les extrémités nerveuses de la main, le cal rend le tâtonnement moins hésitant, (...) le cal sensibilise la main à d'infimes espaces physiques tout en stimulant la sensation des doigts. En un sens, le cal est à la main ce que le zoom est à l'appareil-photo »³³⁷.

Filant la métaphore, on peut proposer une solution non paradoxale pour l'endurcissement : non pas inévitable et déplorable comme le serait une anesthésie, mais inévitable et favorable, comme peut l'être le cal. Une sensibilité calleuse, telle serait la vulnérabilité positive pour le clinicien, le nouage réussi du funambule et du culbuto (Cf. Introduction).

Rien ne vaut pour l'illustrer la leçon de sensibilité clinique calleuse offerte par un *Witz* rapporté par Freud dans son ouvrage sur le mot d'esprit :

« Le médecin auquel on a demandé d'assister madame la baronne lorsqu'elle va accoucher, déclare que le moment n'est pas encore venu et propose au baron d'attendre en faisant une partie de cartes dans la pièce voisine. Au bout d'un certain temps, une plainte de madame la baronne en français parvient aux oreilles des deux hommes : 'Ah! mon Dieu, que je souffre!' L'époux bondit de son siège, mais le médecin lui fait signe de rester assis : 'Ce n'est rien, dit-il, continuons à jouer'. Peu après, on entend de nouveau la parturiente crier, cette fois en allemand : 'Mein Gott, mein Gott, was für Schmerzen! [Mon Dieu, mon Dieu, que je souffre!]' – 'Vous ne voulez pas entrer voir, monsieur le professeur?' demande le baron. – 'Non, non, le moment n'est pas encore venu'. Enfin, de la chambre d'à côté, s'échappe une incontestable plainte en yiddish : 'Ai, waih, waih !'. Alors le médecin jette ses cartes et dit : 'C'est le moment!' »³³⁸.

Quant à la callosité thérapeutique, on se reportera à Nietzsche, s'exprimant sur les compatissants : « Mais as-tu quelque ami souffrant, lors sois pour sa souffrance un lieu de repos, de quelque manière pourtant une couche dure, un lit de camp : ainsi tu lui seras le mieux utile »³³⁹.

³³⁵ PLATON, *Pol.* 296e-297b.

³³⁶ RENTMEESTER CA., « Should a good healthcare professional be (at least a little) callous ? », art.cit.

³³⁷ SENNETT Richard, *Ce que sait la main*, op.cit., p.210-1.

³³⁸ FREUD Sigmund, « Le trait d'esprit et sa relation avec l'inconscient » (1905), *Ceuvres Complètes, vol. VII*, Paris, Presses Universitaires de France, 2014, p.96.

³³⁹ NIETZSCHE Friedrich, *Ainsi parlait Zarathoustra...* ; op.cit., p.123.

E.2 PAS DE COTE - LA DIRECTION DE LA CURE MEDICALE

« Dans un couple, tous les malentendus sont possibles car on se croit deux quand en fait on est toujours six –celui que je suis, celui que tu es, celui que tu crois que je suis, celui que je crois que tu es, celui que je crois que je suis, celui que tu crois que tu es »

Belinda Cannone³⁴⁰

Dans la configuration de la rencontre clinique, le malade parle à un individu présent en chair et en os et socialement identifié, qui occupe une fonction : le malade s'adresse au médecin. Qu'est-ce qui du vivant parlant, que j'appellerais ici « personne » pour faciliter les allées et venues entre ce qu'en dit Lacan et notre investigation, qu'est-ce qui de sa personne entre dans la composition de l'homme d'une *tekhne* ?

« On imagine que le psychanalyste [transposons : le médecin] devrait être un homme heureux. N'est-ce pas au reste le bonheur qu'on vient lui demander, et comment pourrait-il le donner s'il ne l'avait un peu, dit le bon sens ? »³⁴¹.

A lire certains récits de patients, « de solides qualités personnelles accompagnent mieux le malade qu'une bonne réputation »³⁴².

2.1. Se croire médecin

Le médecin se prête au transfert, mais y est-il de sa personne ? Un malade est agressif, ou injurieux. Mais injurie-t-il l'homme ou l'homme en fonction, Gustave, ou le Dr G. Meyer que Gustave incarne ? « Ne le prends pas pour toi » est une phrase souvent échangée, quand un collègue se trouve affecté par une remarque déplaisante d'un malade. Moyennant quoi on esquive pour se protéger, ce qui permet aussi de ne pas s'interroger sur ce qui a pu, dans l'attitude ou les mots prononcés, peut-être involontairement, déclencher cette agressivité. Elle vise éventuellement juste.

Mais si le malade fait son compliment au Dr G. Meyer, lui lance une œillade, ou lui déclare son amour, est-ce que Gustave aura la même prévention ? Cela non plus ne m'était pas adressé en personne ! Là aussi, il arrive qu'on reçoive du patient l'écho d'un message dont on ignorait avoir été l'émetteur.

Y être ou non de sa personne ? Des questions analogues se posent aux acteurs qui incarnent un personnage. Mais au théâtre, la situation est assez claire pour les acteurs et pour les spectateurs : dans la consultation, personnes et personnages sont presque indistincts. Si injures et compliments font mouche, c'est que le moi est de la partie. Le médecin narrateur de *Le passage* estime quant à lui que

³⁴⁰ CANNONE Belinda, *Le sentiment d'imposture*, Paris, Calmann-Levy, 2005.

³⁴¹ LACAN Jacques, « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », op.cit.

³⁴² SEY Marie, *Le malaise d'Hippocrate...*, op.cit., p.47.

« toute l'existence d'un docteur, dès le jour où il ouvre boutique, n'est plus qu'une suite de gestes, d'attitudes, et de paroles empruntées. Chez lui, le personnage affecté devient le personnage réel : l'ancien, le vrai se dissout et meurt »³⁴³.

Lacan détourne cette question rapidement, pour porter sa réflexion sur le point qui lui importe : « C'est bien dans le rapport à l'être que l'analyste a à prendre son niveau opératoire » et la pointe de l'éthique en la matière est la question du désir de l'analyste, pas la question de la compréhension ni du savoir : « À force de comprendre des tas de choses, les analystes dans leur ensemble s'imaginent que comprendre porte sa fin en soi et que ce ne peut être qu'un *happy end*. »

Si le transfert s'adresse au sujet-supposé-savoir, le médecin « incarne » ce sujet auquel un savoir est imputé, mais la personne ne se prend pas totalement au jeu de l'identité avec le sujet-supposé-savoir. Lacan dit même qu'il a inventé cette locution pour que le psychanalyste cesse de se croire identique au sujet supposé savoir³⁴⁴.

« Je ne me prends pas pour le sujet supposé savoir. La preuve en est — il faut bien que je le rappelle — que c'est moi qui ai inventé ça, et précisément pour que le psychanalyste, dont c'est le naturel, cesse de se croire, je veux dire identique à lui »³⁴⁵.

Transposons : le médecin est une « personne » qui occupe une « place » avec laquelle il n'a pas à se confondre. Gustave Meyer n'est pas identique au Dr G. Meyer. En 1967, Lacan dit que l'analyste a à « parer à l'investiture qu'il reçoit du sujet-supposé-savoir », pour pouvoir répondre à « une situation dont on voit qu'elle n'enveloppe pas sa personne »³⁴⁶. Parer à l'investiture du transfert, c'est prévoir ce qui va arriver et s'en prémunir. Le but est de maintenir le cap, d'être présent comme il le faut (nécessité technique) dans une situation qui est marquée d'une ambiguïté foncière : cette investiture en effet, qui sera un élément moteur de la cure, est à côté de la personne de l'analyste. Y répondre *en* personne expose à quelques complications³⁴⁷.

Mais les qualités professionnelles du Dr G. Meyer ne sont-elles pas tributaires, au moins en partie, de celles de Gustave ? Il faut des situations limites pour constater la nuance.

Gustave m'a raconté un jour qu'il commençait à peine sa consultation ce matin-là lorsqu'il fut interrompu par un coup de téléphone lui annonçant que son fils unique, en voyage dans un pays lointain, était porté disparu depuis une semaine. Devenu « liquide », incapable de penser (« je fonctionnais au radar »), il avait néanmoins tenu sa place et honoré les rendez-vous de la matinée. Eh bien, ce qui l'avait surpris était le fait suivant : une femme consultait depuis longtemps pour des plaintes multiples, et il en était venu à redouter sa venue tant il avait l'impression que la chronicité des plaintes ne déboucherait jamais sur aucun changement ; cette femme était présente ce matin-là, il avait

³⁴³ REVERZY Jean, « Le passage », op.cit., p. 35.

³⁴⁴ On doit se souvenir d'ailleurs que supposer quelque chose à quelqu'un signifie « prêter, attribuer quelque chose (une qualité, un défaut) à quelqu'un », mais aussi « Attribuer faussement quelque chose à quelqu'un » (DICTIONNAIRE *Trésor de la Langue Française Informatisé*).

³⁴⁵ LACAN Jacques, *Dissolution, Séminaire 1980*, séance du 15 avril 1980, inédit, <http://ecole-lacanienne.net/>.

³⁴⁶ LACAN Jacques, « Proposition du 9 octobre 1967 sur le psychanalyste de l'Ecole », *Autres Ecrits*, Paris, Seuil, 2001, p.249.

³⁴⁷ Ainsi, Marie Sey, en arrive à la conclusion suivante, à propos du « médecin de sa vie », après qu'il se soit *personnellement* désengagé : « Le médecin est exceptionnel, l'analyste est irréprochable, l'homme est un homme tout simplement et notre histoire n'est pas celle d'un médecin et de sa patiente, mais celle d'un homme et d'une femme ». SEY Marie, *Le malaise d'Hippocrate...*, op.cit., p.231.

l'impression de n'avoir jamais été autant *absent* dans une rencontre, et voilà qu'elle avait énoncé des choses inédites, marquant un tournant décisif dans son parcours médical. Gustave avait été forcé par les circonstances, ce jour-là, de ne pas occuper complètement la place du Dr G. Meyer, l'adresse de la parole de cette patiente. Comme si les qualités professionnelles du Dr G. Meyer étaient meilleures lorsque Gustave (son agacement ? son envie de « bien faire » ?) ne se mêlait pas trop de la partie. C'est comme si l'acteur n'avait pas à prendre la place du personnage (qu'il joue cependant !). Les vertus à cultiver sont-elles celles de Gustave, ou celles du Dr G. Meyer ?

On pourrait alors être tenté d'en conclure que le médecin devrait se cantonner à la prestation impersonnelle d'un service. Il y a quelque chose de vrai dans cette direction, mais ce serait aller trop vite que de s'en tenir là.

2.2. Payer son écot

Tournons-nous vers le texte de Lacan sur la direction de la cure. Apparemment, il prend la direction opposée :

« Disons que dans la mise de fonds de l'entreprise commune, le patient n'est pas seul avec ses difficultés à en faire l'écot. L'analyste aussi doit payer »³⁴⁸.

Il s'agit donc d'une entreprise commune dans laquelle chacune des parties met son écot. Ce qui fait le commun de l'entreprise commune, c'est la situation clinique qui les rassemble, *in persona*, et la finalité.

En quoi consiste cet écot pour l'analyste ? Il ne s'agit pas de sa bonté ou d'une autre qualité morale. L'écot dont il est question a une triple dimension. L'analyste doit, selon Lacan, payer de mots³⁴⁹. Il doit aussi payer de sa personne, « en tant que, quoi qu'il en ait, il la prête comme support aux phénomènes singuliers que l'analyse a découvert dans le transfert ». Il doit enfin payer « de ce qu'il y a d'essentiel dans son jugement le plus intime, pour se mêler d'une action qui va au cœur de l'être ».

Je crois que ce qui pourrait caractériser ce « payer de mots » en médecine, c'est ce qu'évoque Canguilhem : « Mon médecin, c'est celui qui accepte de moi que je voie en lui un exégète avant de l'accepter comme réparateur »³⁵⁰. Ajoutons qu'il paye de mots qui portent aussi la sollicitude libérante, celle qui permet à l'autre de déployer sa propre parole³⁵¹. Et parfois ils ont un effet d'interprétation.

Olivier est un grand jeune homme de 25 ans qui se désole d'une fatigue. Elle dure depuis près de deux ans. La consultation est longue, tout est passé en revue, corps et âme sont scrutés. Il me semble qu'il s'ennuie, que la fatigue est davantage une lassitude. Et puis ses muscles sont tendus. Mais il ne saisit aucune des perches tendues pour parler autrement que comme un malade consultant pour un problème de santé. Par exemple, je lui trouve des journées bien remplies (deux occupations professionnelles), mais cela ne suscite aucun commentaire, sinon que : « la fatigue, c'est autre chose ». Sur le seuil, je lui demande s'il va prendre quelques vacances. – Non, je travaille pour que les autres puissent prendre des vacances. – Mais ce sera peut-être votre tour plus tard ? – Non,

³⁴⁸ LACAN Jacques, « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », op.cit.

³⁴⁹ « Si la transmutation qu'ils subissent de l'opération analytique, les élève à leur effet d'interprétation ».

³⁵⁰ CANGUILHEM Georges, « La santé : concept vulgaire et question philosophique », art. cit., p.64 (nos italiques).

³⁵¹ HEIDEGGER Martin, *Etre et temps*, op.cit., §26.

reprënd-il, je travaille pour que les autres puissent prendre des vacances ! – Eh bien, vous vous fatiguez, là, non ? Je rajoute « Pensez-y », car il me regardait comme si je venais de dire une bêtise. Il revient après quelques semaines, les résultats des analyses prescrites sous le bras (presque tout était en ordre), et se met à parler, longuement. De fait, il avait pensé, et me livrait le fruit de ses cogitations. Rapportons simplement qu'une des clés se formulait ainsi : je *me* fatigue pour un autre (et il n'en sait rien, ou bien ne veut-il rien en savoir ?).

Payer de sa personne, c'est avant tout la prêter, et peut-être aussi l'apprêter, comme support à l'investissement du transfert (Cf. chapitre XI). On se situe alors à l'opposé de la prestation de service, ou plus exactement : cette prestation implique une mise en jeu de la personne. Le médecin se prête réellement à supporter d'être requis par une demande, sans venir s'identifier à cette place : il est l'homme de paille.

Mais c'est aussi mettre en jeu son jugement le plus intime puisque l'action est dite aller au cœur de l'être du malade (on pense aux conséquences vitales et existentielles de la maladie et du traitement). Le plus intime, donc le plus subjectif aussi. Ceci nous renvoie encore une fois à la *phronēsis*. Si c'est le jugement le plus intime, ce n'est pas le jugement de quelqu'un d'autre, ou une appréciation générale.

On peut rappeler ici aussi certains propos de Canguilhem que nous avons déjà commentés. Dans le « changement de registre »³⁵² qu'implique le retour au particulier, il évoque pour le médecin un pouvoir de se projeter dans la situation de malade et de mettre l'objectivité de son savoir entre parenthèses. Ici, c'est d'un autre pouvoir de dédoublement dont il est question : il paye certes de sa personne, mais ne se confond pas avec son personnage.

Mais alors, peut-on affirmer : « je suis médecin ? »³⁵³. Essayons d'entendre le verbe « être » – dans une expression telle que : « je suis médecin » – comme un verbe d'action (un équivalent de je *doctore*, je *médique*, si ces verbes existaient) plutôt que comme un verbe d'état (médecin qualifierait alors « je »), et prenons appui sur les dispositions, les *manières d'être*. *Hexis*, la disposition, vient du grec *ekhein*, qui est le verbe avoir. La disposition réside dans l'usage que fait l'existant de ses acquisitions, et le bon usage requiert travail et habitude³⁵⁴. Dans la pratique médicale, être savant c'est savoir se servir de qui est appris : la forme verbale être+substantif est à entendre comme un verbe d'usage plutôt que comme signifiant une qualité stable du sujet. *Habitus* qui traduit *hexis* vient aussi du verbe avoir (en latin : *habere*). Ce verbe actif signifie, dans son emploi réfléchi (*se habere*), se comporter, être. *Habitus* exprime une disposition qui rend habile à agir³⁵⁵.

Si payer de sa personne renvoie à l'imaginaire du transfert, y être en personne renvoie à l'être-médecin qui n'est pas sa personnalité (son Moi), mais que sont ses manières d'être en rapport avec son activité. Dans un registre spinozien, on pourrait dire : persévérer dans son

³⁵² « Le point de conversion n'est pas un point de repli » : CANGUILHEM Georges, « Puissance et limites de la rationalité en médecine », art.cit.

³⁵³ Certes, la personne a des identités multiples, et ne se réduit à aucune d'elles. Mais l'expression favorise la confusion. Nous ne nous voulons pas nous engager dans la question du Sujet, mais tentons de « serrer » ce qui se produit dans la consultation médicale.

³⁵⁴ RESWEBER Jean-Paul, « Hexis, habitus, habitualité », in J.-P. Resweber (dir.), *Hexis et Habitus*, Metz, Éd. du Portique, « Cahiers du Portique », 2006, p. 9□23.

³⁵⁵ Ibidem.

être-médecin, c'est le désir propre du médecin, et cela implique le développement des puissances d'agir du médecin.

2.3. Sûr de son action ou intéressé dans son être

Mais Lacan remet « l'analyste sur la sellette », « pour remarquer qu'il est d'autant moins sûr de son action qu'il y est plus intéressé dans son être »³⁵⁶.

Prend-il le contre-pied de ce qui précède? Faut-il concéder que l'implication de l'être rend l'action moins sûre? On se situe ici au cœur de l'incertitude qui affecte tout agir pratique et qui pose tant de difficultés en médecine, nous n'avons cessé de le montrer. On pourrait comprendre la phrase de Lacan transposée à la médecine de la manière suivante : la participation de l'être-médecin est corrélée à un accroissement de l'incertitude dans l'action. Et poursuivre ainsi : c'est pourquoi *EBM* qui permet (du moins on le suppose) des actions plus sûres détache de l'action l'implication de l'être-médecin. Le prolongement pourrait trouver davantage de pertinence encore en chirurgie. Peut-on avoir le geste sûr en y étant intéressé? Il convient peut-être d'être intéressé sans l'être trop, pour ne pas grever l'action de trop d'incertitude?

Plus radicalement, proposons cette lecture de l'affirmation lacanienne, pour la médecine : intéressé le médecin l'est (et même il doit l'être), mais il y a une conséquence, un prix à payer, c'est celui de la perte de la certitude. De son acte, il n'y a pas de garantie. Le médecin est placé devant un choix où quelque chose est perdu de toutes manières : ou bien je ne suis pas intéressé dans mon être, ou bien je ne suis pas sûr de mon action³⁵⁷. Ce qui est plus radical dans cette perspective, est qu'on a écarté l'image d'un gradient allant d'une position extrême (totale certitude et aucun intéressement) à l'autre (aucune certitude et intéressement complet) pour une alternative qui exclut de s'installer de manière stable dans l'intersection qui rassemble les deux positions³⁵⁸.

Le médecin est-il écartelé entre l'action sûre (mais littéralement dés-intéressée) et l'action intéressée (mais incertaine), entre la prestation de service où il ne fait qu'actionner les boutons d'un programme, et la parole qu'il risque et qui l'engage sans garantie? A vrai dire, cette alternative radicale a surtout une vertu heuristique. Se représenter un gradient est plus proche de la réalité : le médecin se risque bien souvent dans une certaine « conduite de la cure » – j'entends pas là le processus inauguré par la demande et clos par la fin du suivi – avec quelques certitudes partielles, et une implication subjective d'autant plus grande que ces certitudes sont ténues. Peut-on accorder ces considérations avec la remarque de Spinoza : « ce n'est que sous cette dictée de la raison que nous pouvons faire quelque chose que nous savons bon avec certitude » (E IV, prop.50, dém.)? Il s'agissait de démontrer pourquoi la compassion est

³⁵⁶ LACAN Jacques, « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », op.cit.

³⁵⁷ Cette conjonction disjonctive a été employée par Lacan dans sa lecture du cogito cartésien : ou je ne pense pas, ou je ne suis pas. LACAN Jacques, *La logique du fantasme*, op.cit., séance du 21 décembre 1966.

³⁵⁸ Dans le *Cogito* cartésien (je pense donc je suis) revisité par Lacan (ou je ne pense pas ou je ne suis pas), le lieu subjectif de l'intersection (je pense et je suis) n'est occupé que le temps fugace de son énonciation (l'affirmation je suis, j'existe est vraie toutes les fois que je la prononce ou la pense). Cf. DESCARTES René, *Méditations métaphysiques*, op.cit. «La proposition Je suis, j'existe est nécessairement vraie toutes les fois que je la prononce ou que je la conçois dans mon esprit » et « Je suis, j'existe : cela est certain ; mais combien de temps ? A savoir autant de temps que je pense » (seconde Méditation).

mauvaise conseillère. Nous lui donnions raison. Et à présent, allons-nous soutenir le contraire ? L'intuition qui est la nôtre, et qui articule en quelque sorte les deux positions, se formule comme suit.

Celui qui ne supporte pas du tout de trembler en soignant s'abritera le plus possible derrière des certitudes. Des choix de spécialité se décident sur ce genre de critère, généralement à l'insu de celui qui est dans le choix. Des succédanés de certitudes sont offerts par EBM, des algorithmes de conduite à tenir, etc. On peut comprendre que le médecin soit tenté de reculer devant l'incertitude, non seulement à cause des conséquences objectives potentielles, mais aussi parce qu'il s'y sent trop directement intéressé. Se jeter dans les bras d'EBM (ou de l'expert) en toutes circonstances, c'est lâcher la proie pour l'ombre, car il est illusoire de croire qu'on pourra obtenir l'action sûre de cette manière. Car il y va, même dans des domaines bien calibrés, du traitement du particulier, lequel n'est pas l'application à un sujet quelconque d'un savoir qui vaut pour tous.

Remarquons alors que l'alternative radicale présumée plus haut n'est pas un choix entre implication de l'être et action sûre (comme on peut dire « il a le geste sûr par expérience »), mais un choix entre implication de l'être et certitude subjective portant sur ce qui est à faire (« il est sûr de ce qu'il fait »). Le médecin « joue », « oscille » entre *y-être* (dans son acte, et on ne peut y être qu'en se détachant de la préoccupation d'en maîtriser l'issue par le calcul³⁵⁹), et s'arc-bouter sur la certitude que l'acte est bien choisi.

Or, que réalise l'expérience incorporée à force d'exercices ? Elle offre une certaine sûreté dans l'action, la sûreté dans l'action qu'on n'obtient que par intéressement de l'être dans l'expérience répétée, de même que des manières d'être façonnent un habitus. Ce n'est pas pour autant une certitude, mais une habileté dans l'incertitude.

Et c'est bien ce qui importe. Car ce qui est visé en pratique est bien la meilleure action possible (et c'est la question éthique par excellence pour celui qui doit agir). La question est alors celle-ci : quelle est la meilleure façon d'atteindre le but ? Est-ce en étant intéressé, impliqué dans son être-médecin, et donc sûr dans son action, ou bien est-ce en étant sûr de son action ? Si l'action la plus sûre possible suppose ce paradoxe d'y être de son être en lâchant la quête d'être sûr de ce qu'on est en train de faire, alors on n'aura pas opposé un savoir sans intérêt pratique et un intérêt sans garantie objective. Pour la médecine clinique, la position du *phronimos* est celle qui vise l'action la meilleure en tablant sur les meilleures ressources pratiques disponibles.

Pourquoi Canguilhem avait-il raison de dire que « soigner, c'est toujours expérimenter » et qu'on ne soigne qu'en tremblant ? C'est bien parce que :

– Même un EBM extensif ne peut laisser prévoir quelle sera l'action garantie pour un individu donné. De toutes les manières, l'action sûre est hors garantie, tout comme dans « la bourse ou la vie », la bourse est perdue. Une certitude de ce genre ne s'obtient jamais.

– Par contre, la meilleure façon de prendre soin du particulier est d'allier aux connaissances générales la connaissance du particulier (laquelle implique l'expérience, et l'expérience est

³⁵⁹ D'une certaine façon cela distingue aussi le tacticien en situation et le stratège détaché.

modification des dispositions et des manières d'être) et donc d'être intéressé, d'y être de son être-médecin. Parce que la certitude *a priori* ne s'obtient pas, il faut être intéressé. Comme pour tout métier artisanal, « la technique progresse à travers la dialectique entre la bonne façon de faire quelque chose et la disposition à expérimenter *via* l'erreur »³⁶⁰. Il faut consentir à se confronter au réel, c'est à dire à l'échec, au grain de sable, pour pouvoir espérer « jouer juste », de la même manière que lorsqu'on apprend à jouer d'un instrument de musique³⁶¹.

Il y a une certaine circularité de l'argument, car comme la meilleure pratique possible de la médecine touche à l'être, il ne peut en résulter une action dont le médecin puisse garantir la certitude. Par contre la question de la liberté est directement en cause³⁶². Cette expérience là doit pouvoir se constituer, si on souhaite pouvoir être soigné par des médecins qui ont de l'expérience. La narration qui suit en expose un moment délicat.

Odile, une jeune interne, s'inquiète. L'équipe d'ophtalmologie nous a confié le bilan étiologique d'une inflammation oculaire bilatérale dont souffre une jeune femme. L'enquête clinique s'oriente fortement vers un diagnostic précis parmi une quinzaine d'hypothèses possibles en théorie dans le cas générique des panuvéites (inflammation de toutes les tuniques de l'œil). Nous déterminons quelques examens de confirmation de l'hypothèse retenue et engageons un traitement. Arrive ensuite le responsable de l'ophtalmologie qui reproche à Odile de ne pas avoir cherché, à titre systématique, à écarter toutes les autres hypothèses théoriquement envisageable par des tests appropriés : « On fait toujours comme cela ». Odile manque encore d'expérience. Mais si elle s'entend répéter, à propos de chaque malade (car le même genre de choix se pose pour tout malade rencontré), qu'il faut absolument effectuer tous les tests du bilan systématique (préparé à l'avance comme un aide-mémoire mais qui joue alors le rôle d'une recommandation impérieuse), alors elle prendra le pli de ne pas se fonder sur son analyse clinique (une somme hétéroclite de perceptions, de mémoire d'expériences passées, de connaissances théoriques, qui doit être unifiée) et de déléguer plutôt à l'algorithme générique le soin de la prescription. Odile me téléphone pour savoir quoi faire concrètement (s'en tenir à ce que nous avons déterminé ou suivre l'avis de l'ophtalmologiste qui nous avait confié la malade), et me voilà mis sur la sellette. Suis-je bien sûr de mon affaire ? Ne serait-il pas plus confortable de chercher des garanties externes ? Je ne possède pas la science infuse, l'interrogation pressante de l'interne m'est d'autant plus inconfortable que le champ de ces affections oculaires n'est plus mon pain quotidien. Et néanmoins, trente ans d'application d'une méthode clinique rigoureuse, ce n'est pas rien. Je mesure la fragilité, la vulnérabilité disait-on plus haut, de tout agir pratique, mais je la mesure dans mes tripes : ne suis-je pas en train de faire courir le risque à la malade de passer à côté d'une cause infectieuse par exemple (la syphilis devrait être recherchée, et tant pis s'il n'y avait pas d'autre argument pour l'évoquer, « on ne sait jamais »)³⁶³ ? A la limite, celui qui a pensé à tout n'a eu à penser à rien d'autre qu'à suivre des instructions venues d'un autre. Est-ce que je tiens assez à la *tekhnē* pour résister aux sirènes de la sécurité ? Est-ce que j'y tiens trop ? Ne vaut-il pas mieux céder ? S'il n'y avait pas des malades pour résister à l'ambition exploratoire des médecins, est-ce que les médecins y résisteraient d'eux-mêmes ? Au nom de quoi ? En un éclair, en un éclat de voix, le funambule peut dégringoler de son fil. J'imagine le bouffon interpellant

³⁶⁰ SENNETT Richard, *Ce que sait la main*, op.cit., p.220.

³⁶¹ Nous verrons dans le chapitre suivant la discussion du *Lachès* porter notamment sur le courage nécessaire pour se risquer dans une action : n'est-il pas moins nécessaire lorsqu'on possède une *tekhnē* que lorsqu'on se trouve dans une situation dont on n'a aucune intelligence ?

³⁶² WEBER Jean-Christophe, *La consultation*, op. cit., chapitre 5 : « Un médecin libre pour un homme libre ».

³⁶³ Si s'ajoutaient en plus à la situation des enjeux de pouvoirs, ou de hiérarchie, ces questions de certitude/prise de l'être seraient reléguées à l'arrière-plan.

le danseur de cordes, sommé de décomposer ses gestes³⁶⁴. Si je laisse aller mes pensées, l'inquiétude surgit. Parce qu'un médecin même expérimenté n'est jamais à l'abri de l'erreur, plus son être est en jeu dans sa pratique, et plus il est vulnérable. Je comprends mieux pourquoi Lacan opte pour une version épique de l'affrontement de l'incertitude [entre crochets, nos commentaires de la citation] :

« Interprète de ce qui m'est présenté en propos ou en actes, je décide de mon oracle et l'article à mon gré, seul maître à mon bord après Dieu, [ce qui vérifie que Lacan a opté pour l'analyste intéressé et donc jamais sûr de son action] et bien entendu loin de pouvoir mesurer tout l'effet de mes paroles [donc ne maîtrisant pas tous les effets de l'interprétation], mais en cela justement averti et tâchant à y parer [l'absence de contrôle possible sur tous les effets implique une certaine *phronēsis*, ou un *savoir-y-faire* qui décrit l'être-médecin], autrement libre toujours du moment et du nombre, autant que du choix de mes interventions [par contraste avec la médecine, où cette liberté est plus encadrée], au point qu'il semble que la règle [il s'agit de la règle analytique fondamentale : libre association] ait été ordonnée tout entière à ne gêner en rien mon faire d'exécutant, ce à quoi est corrélatif l'aspect de « matériel », sous lequel mon action ici prend ce qu'elle a produit » [il tient à la méthode, qui se fonde sur l'objectivité du matériel : ici le dire de l'analysant]³⁶⁵.

2.4. Le dédoublement du transfert

Même pour l'analyste la liberté qu'il affirme n'est pas totale, puisque justement « quant au maniement du transfert, ma liberté s'y trouve par contre aliénée du dédoublement qu'y subit ma personne »³⁶⁶.

Cette liberté dans l'action doit tenir compte du transfert. En médecine, c'est une dimension qui s'intrique avec ce que nous indiquions plus haut. Le patient peut « peser » transférentiellement et compliquer le jugement pratique du médecin. C'est pourquoi, dans une situation comme celle qui vient d'être relatée, je me garde bien de faire part au malade de toutes les hypothèses que je n'ai pas retenues, de crainte de susciter des interrogations anxieuses qui ne cessent ensuite de revenir sur le médecin. Un cas fréquemment observé est celui des IRM cérébrales pratiquées devant des migraines banales, « pour être sûr que ce n'est pas une sclérose en plaques ». Le médecin qui cherche des garanties en fait parfois payer le prix subjectif au malade.

Au sujet des sentiments qui prennent place dans le transfert, Lacan prévient d'une erreur, qui consisterait à croire qu'ils s'équilibrent du fait de les évaluer consciemment³⁶⁷. En réalité, « les sentiments de l'analyste n'ont qu'une place possible dans ce jeu, celle du mort ; et qu'à le ranimer, le jeu se poursuit sans qu'on sache qui le conduit ». N'est-ce pas là encore une manière de comprendre la recommandation de Spinoza : « nous ne faisons rien sous le coup d'une affection que nous sachions avec certitude être bon » (EIV,50, scolie) ? Si la raison (dans une conception aristotélicienne) nous instruit sur la façon d'atteindre les buts que nous nous

³⁶⁴ NIETZSCHE Friedrich, *Ainsi parlait Zarathoustra ; un livre qui est pour tous et qui n'est pour personne*, trad. Maurice de Condillac, Paris, Gallimard, « Folio essais », 1971, p.31.

³⁶⁵ LACAN Jacques, « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », op.cit

³⁶⁶ Ibidem.

³⁶⁷ Ibidem. « C'est plutôt l'exaltation facile de leur geste à jeter les sentiments, mis au titre de leur contre-transfert, dans le plateau d'une balance où la situation s'équilibrerait de leur pesée, qui pour nous témoigne d'un malheur de la conscience corrélatif d'une démission à concevoir la vraie nature du transfert. »

fixons, alors vivre sous la conduite de la raison c'est avoir une idée adéquate de cette antinomie qui nous travaille au corps : être sûr de son action / y être de sa personne.

Taire ses sentiments, taire l'amour. Ce n'est pas avant tout une règle morale, mais une maxime d'ordre pratique. Sans quoi, le traitement se poursuit sans qu'on sache qui le conduit. On le rappelle ici : il ne s'agit pas de ne pas avoir de sentiments, mais de les taire. Y être en personne (dans son action) ne signifie pas pour le médecin de faire valoir la gestion normalisée de ses affects pour servir de guide dans la direction de la cure, sauf à la ramener à une normalisation du malade indexée sur la « personnalité équilibrée » du médecin.

Il convient aussi de faire attention au pouvoir dont est investie la personne que le transfert lui impute d'être, et notamment dans les informations les plus banales en apparence. Ce n'est pas tant leur contenu référentiel (un diagnostic, un traitement), mais les mots qui sont choisis, la manière de les prononcer, la façon d'annoncer un pronostic, les modalités empruntées pour répondre aux questions existentielles qui sont toujours sous-jacentes dans les interrogations adressées au médecin (notamment quand sont directement en cause la naissance, la sexualité, la mort, la filiation, etc.). Le médecin ne soupçonne généralement pas l'importance de ce pouvoir. Il peut en tirer profit, sans pour autant rester à de grossières suggestions. Pour l'analyse, la mise en garde est connue. L'acte analytique est une interprétation : « cette interprétation, s'il la donne, va être reçue comme venant de la personne que le transfert lui impute d'être »³⁶⁸. Freud ne disait-il pas de la névrose de transfert que la personne du médecin en occupe le centre (en tant qu'objet, certes fantastique, c'est-à-dire imaginaire) ?³⁶⁹

En médecine, le bénéfice de ce pouvoir dont nous sommes investis rend toute parole hautement suggestive ; et faute d'interpréter le transfert (il est possible de le faire par divers procédés rhétoriques³⁷⁰), ou plutôt faute de l'avoir repéré pour parer à son investiture, la suggestion reste le plus souvent grossière. Si la visée est le soulagement des symptômes, quel médecin reculerait devant le moyen de « l'effet placebo » ? Le « principe du pouvoir » de la cure, c'est le transfert. Mais c'est aussi le pouvoir de la suggestion. D'où le maniement délicat de ce pouvoir : ne pas en user, pour que le transfert se développe, sans s'encombrer des effets de la suggestion. Contrairement au pouvoir né du savoir, ici c'est un pouvoir qui naît du transfert. On retrouve le risque d'emprise que multiplie la compréhension empathique que nous évoquons plus haut.

Un médecin qui se refuserait à tirer des bénéfices indus de la suggestion pourrait espérer atténuer ses recommandations d'un : « mais c'est à vous de décider ». Mais là encore, et peut-être davantage qu'ailleurs, « c'est comme venant de l'Autre du transfert »³⁷¹ que la parole du

³⁶⁸ Ibidem.

³⁶⁹ FREUD Sigmund, *Introduction à la psychanalyse*, op.cit., p.422.

³⁷⁰ Sur lesquels je ne m'étendrai pas, mais qui s'appuient sur l'équivoque de la langue et surtout pas sur l'explicitation psychologique de la relation en jeu (« vous attendez de moi un conseil comme celui que vous n'avez pas eu de vos parents » ; « qu'est-ce que vous *me* faites là ? »).

³⁷¹ LACAN Jacques, « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », op.cit. « cette interprétation, s'il la donne, va être reçue comme venant de la personne que le transfert lui impute d'être. Acceptera-t-il de bénéficier de cette erreur sur la personne ? La morale de l'analyse n'y contredit pas, à condition qu'il interprète cet effet, faute de quoi l'analyse en resterait à une suggestion grossière. Position incontestable, sauf que c'est comme venant de l'Autre du transfert que la parole de l'analyste sera encore entendue et que la sortie du sujet hors du transfert est ainsi reculée ad infinitum ». Autrement dit, interpréter le transfert dans le transfert maintient le sujet dans un transfert infini.

médecin sera entendue. L'injonction à l'autonomie ne rend pas *ipso facto* le malade plus libre, surtout si c'est son tuteur bienveillant qui le lui ordonne. On a rarement vu injonction paradoxale plus répandue, et presque systématisée. Si le malade n'est pas convaincu de pouvoir jouer un rôle actif avant de rencontrer le médecin, il faut que ce dernier lui ait fourni suffisamment d'indices de la place qui lui est réservée pour que l'invitation à donner son avis ne soit pas hypocrite.

Qu'il le veuille ou non, les paroles (oracles, injonctions, interprétations, etc.) du médecin sont reçues comme venant de la personne que le transfert impute au médecin d'être. S'il s'en avise (et le médecin peut l'apprendre même s'il n'est pas analysé), va-t-il reculer ? En général, il « préfère se rabattre sur son Moi, et sur la réalité dont il connaît un bout ». C'est-à-dire qu'il fait se superposer sa personne (sa personnalité, son Moi conscient avec ses valeurs, etc.) et « la personne que le transfert lui impute d'être ».

On retrouve le point de départ. C'est bien cette superposition qu'il fallait éviter. Ce qui signifie : tenir compte du dédoublement que subit la personne à cause du transfert.

Au total, on a décrit :

- Un dédoublement du médecin entre sa personne (qui doit néanmoins payer son écot), et le sujet supposé savoir. Ce dédoublement est induit par le transfert. Ne pas confondre sa personne et la fonction qu'elle occupe est une règle pratique.
- Une division subjective : être intéressé dans son être / être sûr de son action. La position funambule du *phronimos* est ce qui procurera l'action objectivement la plus sûre (en tant que meilleure combinaison entre savoirs certains du général, connaissance esthétique du particulier, et savoir-faire incorporé), mais sans certitude subjective (autrement dit, le funambule agit avec l'aisance du culbuto tant qu'aucun bouffon ne l'interpelle sur sa division).

Ceci complète le dédoublement analysé avec Canguilhem (Cf. chapitre VIII) qui était un dédoublement imaginaire (la capacité de se projeter dans la situation de malade).

2.5. Le piège de la relation duelle

Que la superposition entre la personne et la-personne-que-le-transfert-lui-impute-d'être opère des deux côtés (médecin et patient), et c'est alors une relation à deux qui s'installe : « le voilà à je et à moi avec son patient »³⁷². Le médecin s'adresse à la partie saine du moi du patient, « celle qui pense comme nous ». Imposer son idée de la réalité est d'autant plus facile qu'on a affaire en médecine à des décisions concrètes et des situations objectives. Le point devient plus délicat quand il s'agit de problématiques d'addictions, de symptômes subjectifs, de psychosomatique, de sexologie, mais aussi quand un choix dramatique est en jeu : s'obstiner ou renoncer (exemple de la énième rechute du cancer), rentrer chez soi ou être placé en institution, etc. Les situations ne manquent pas en médecine où s'entrecroisent la direction de la cure et celle du patient. Et en réalité, toutes les modalités d'intervention du médecin (explications,

³⁷² Ibidem.

gratifications, réponses à la demande, confrontation du sujet à son propre dire, etc.) peuvent être lues à cette aune du transfert.

C'est pourquoi la *philia* réciproque, l'amitié, ne convient pas comme horizon éthique. Il ne s'agit pas d'être deux. La relation médicale n'est pas un dialogue intersubjectif. Si on pense la relation au patient comme une relation duelle, voire comme un duel, alors le médecin sera peut-être plus préoccupé par sa crainte de ne pas savoir, le goût de ne pas décevoir, le besoin de garder le dessus :

« Il ne s'agit nullement du contre-transfert chez tel ou tel ; il s'agit des conséquences de la relation duelle, si le thérapeute ne la surmonte pas, et comment la surmonterait-il s'il en fait l'idéal de son action ? »³⁷³.

Le piège de la relation duelle est insurmontable si on en fait l'idéal de notre action. Ce qui est vrai pour l'analyse n'est-il pas vrai aussi en médecine ? L'idéal de notre action n'est pas la relation intersubjective (l'alliance thérapeutique, le patient-partenaire), mais la conduite du traitement pour la résolution du problème de santé dans une direction qui prend pour boussole la normativité singulière du patient, et non la projection de l'état de santé idéal que s'en fait le médecin³⁷⁴. Pour se convaincre de l'écart entre les deux, il suffit de tenir compte des ratés de l'offre médicale.

Par contraste avec la relation duelle, Freud « commence par introduire le patient à un premier repérage de sa position dans le réel, dût celui-ci entraîner une précipitation, ne reculons pas à dire une systématisation, des symptômes »³⁷⁵. En médecine, l'expression d'une angoisse amène plus souvent (par goût de ne pas décevoir ?) la prescription d'un anxiolytique qu'un questionnement au vif pour en saisir le sens. Le patient est souvent dédouané de toute implication subjective dans ce qui lui arrive. « Il n'y est pour rien, le pauvre », ce qui l'empêchera aussi d'envisager devenir actif, s'il n'y est pas. Dans le champ des conduites addictives et des « troubles du comportement alimentaire », la situation est plus contrastée, puisqu'on observe aussi bien des mises en responsabilité des malades quasi accusatoires et violentes (sous-entendu, le patient est volontairement addict, et c'est une mauvaise volonté, dans tous les sens du terme), que des déresponsabilisations infantilisantes (s'il est addict, c'est une pathologie de son cerveau sur laquelle il n'a rien à dire).

2.6. Exercer un pouvoir en refusant d'en user

Lacan se désole que la réflexion sur la question du désir de l'analyste ait été rabattue sur une morale de l'oblativité, de laquelle il se démarque :

« L'échantillon de ce que nous sommes capables de produire en fait de morale est donné par la notion d'oblativité. C'est un fantasme d'obsessionnel, de soi-même

³⁷³ Ibidem : « Mais c'est là seulement l'effet des passions de l'analyste : sa crainte qui n'est pas de l'erreur, mais de l'ignorance, son goût qui n'est pas de satisfaire, mais de ne pas décevoir, son besoin qui n'est pas de gouverner, mais de garder le dessus ».

³⁷⁴ D'une certaine façon, même si le médecin paye de sa personne, il fait le deuil de lui-même. Ce qui est une autre tournure du « comme non ».

³⁷⁵ LACAN Jacques, « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », op.cit.

incompris : tout pour l'autre, mon semblable, y profère-t-on, sans y reconnaître l'angoisse que l'Autre (avec un grand A) inspire de n'être pas un semblable »³⁷⁶.

La base à considérer est la suivante : « L'analyste est l'homme à qui l'on parle et à qui l'on parle librement. Il est là pour cela ». Invité à parler, le sujet « ne montre pas dans ce qu'il dit, à vrai dire, une liberté bien grande ». Et ce n'est pas l'enchaînement des associations d'idées qui malmène sa liberté, c'est « plutôt qu'elles débouchent sur une libre parole, sur une parole pleine qui lui serait pénible ». Invité à parler librement, le sujet découvre que parler librement est pénible. « Rien de plus redoutable que de dire quelque chose qui pourrait être vrai ».

Est-ce pour lui épargner, par bienveillance, cette pénibilité, que le médecin interrompt assez rapidement (différentes enquêtes l'ont montré) la parole spontanée du patient au cours de la consultation ? L'écoute de l'analyste « s'accommode » au delà du discours car il s'agit « d'entendre, et non pas d'ausculter »³⁷⁷. En médecine, on se situe dans une position mixte et probablement inconfortable, car d'un côté on ausculte (y compris les discours, pour les comprendre), et de l'autre il faudrait écouter pour entendre. Ici se situe un pas de côté par rapport à l'empathie en tant qu'effort pour comprendre.

Revenons à l'analyse : ce qui est entendu est un discours qui ne force pas à comprendre, ni à y redire, mais le sujet attend une réponse, laquelle ne vient pas. Le sujet est frustré, certes, mais

« il sait bien que ce ne serait que paroles. Comme il en a de qui il veut. Il n'est même pas sûr qu'il me saurait gré que ce soit de bonnes paroles, encore moins de mauvaises. Ces paroles, il ne me les demande pas. Il me demande..., du fait qu'il parle : sa demande est intransitive, elle n'emporte aucun objet »³⁷⁸.

Au fond de la demande, il n'y a plus d'objet : le patient « me » demande. Voilà aussi comment le médecin y est « de sa personne ». Ce qui est plus délicat en médecine qu'en psychanalyse, c'est que la demande de guérison y est explicite et ne peut pas attendre, alors que dans l'analyse cette demande-là est située par Lacan comme implicite et pouvant attendre³⁷⁹. De même, « si l'amour, c'est donner ce qu'on n'a pas »³⁸⁰, en médecine cette affirmation se trouve toujours inévitablement masquée par la prise en charge des soins médicaux. Conséquence inattendue : ce que médecin donne, ça ne vaut pas cher³⁸¹.

« On remarquera que l'analyste donne pourtant sa présence, mais je crois qu'elle n'est d'abord que l'implication de son écoute, et que celle-ci n'est que la condition de la parole »³⁸².

³⁷⁶ Ibidem.

³⁷⁷ Ibidem.

³⁷⁸ Ibidem.

³⁷⁹ Ibidem. « Bien sûr sa demande se déploie sur le champ d'une demande implicite, celle pour laquelle il est là : de le guérir, de le révéler à lui-même, de lui faire connaître la psychanalyse, de le faire qualifier comme analyste. Mais cette demande, il le sait, peut attendre. Sa demande présente n'a rien à faire avec cela, ce n'est même pas la sienne, car après tout, c'est moi qui lui ai offert de parler ».

³⁸⁰ Ibidem. La phrase se poursuit ainsi : « il est bien vrai que le sujet peut attendre qu'on le lui donne, puisque le psychanalyste n'a rien d'autre à lui donner. Mais même ce rien, il ne le lui donne pas, et cela vaut mieux : et c'est pourquoi ce rien, on le lui paie, et largement de préférence, pour bien montrer qu'autrement cela ne vaudrait pas cher ».

³⁸¹ Voir aussi le chapitre VI,C à propos de la limitation de l'offre.

³⁸² LACAN Jacques, « La direction de la cure et les principes de son pouvoir », op.cit.

Ce n'est donc pas une idéalisation de la présence. L'écoute est la condition de la parole, et la présence est impliquée par l'écoute. C'est d'ailleurs pour quoi cette présence doit être discrète. Elle n'est pas première et impliquant la parole. Au contraire, une présence imposante peut réduire au silence.

Supporter la demande signifie beaucoup de choses en médecine aussi : ne pas se précipiter sur une réponse qui vise le silence ; supporter aussi de ne pouvoir répondre à tout, sans pour autant se défaire du malade « encombrant ».

S'il faut de la bonté quand on est dans la suggestion ou la rééducation émotionnelle, ou dans la normalisation du patient, « elle ne saurait guérir le mal qu'elle engendre ». Dire qu'on veut le bien du sujet n'est pas une excuse valable. Le pire dans l'éducation a toujours été fait sous le couvert du « c'est pour ton bien »³⁸³.

Prendre le désir à la lettre, telle est l'alternative à la bonté, et l'alternative au pouvoir qui doit être distingué de la direction de la cure : « C'est le pouvoir de faire le bien, aucun pouvoir n'a d'autre fin, et c'est pourquoi le pouvoir n'a pas de fin ». Au contraire, dans la direction de la cure, c'est la parole qui a les pleins pouvoirs. Et donc ce n'est pas le transfert, qui porte son lot de suggestion. S'il y a direction de la cure c'est de la propre énonciation de l'analyste qu'elle s'origine, nulle sorcellerie, nulle suggestion mais la force de la parole : c'est une dit-rection. C'est à se dégager d'une position de maître, maître à penser, maître *es sexe*, que le pouvoir de l'analyste s'exerce. Il ne s'exerce qu'en refusant d'en user.

« Tu sais bien que tout exercice d'un pouvoir n'est pas seulement sujet à l'erreur mais à ce comble de méprise d'être bienfaisant dans son erreur »³⁸⁴.

Cette tension ne saurait être admise de plein droit en médecine. Car il ne s'agit pas, telle est la difficulté, de renoncer aux pouvoirs de la thérapie pour réaliser un bien objectif. Ce pouvoir-là, ne faut-il pas cependant aussi l'exercer sans abus ? Quant aux pouvoirs de la parole, ils s'exercent quoiqu'on en ait. L'ascèse de tempérance n'est pas moins valable. Si les indications de Lacan sont précieuses pour le médecin, c'est qu'elles nous amènent à questionner l'évidence de ce qui est fait au nom du bien du patient. Plus nous en sommes persuadés, et plus nous serons tentés d'abuser du pouvoir de suggestion.

Maurice est un homme à qui il faudrait faire une ponction de moelle osseuse par voie sternale, pour statuer sur des anomalies sanguines et engager un traitement approprié. Il se fait prier, car il a un très mauvais souvenir (douloureux) du même geste pratiqué dix ans auparavant. Il demande un délai de réflexion, on commence à programmer le rendez-vous pour l'examen, il dit qu'il commence déjà à s'angoisser et qu'il ne sait pas s'il reviendra. J'hésite entre respecter son choix et tenter de le persuader d'accepter³⁸⁵. Convaincu de la nécessité de cette analyse, « pour son bien », j'arrête brutalement de

³⁸³ C'est pourquoi on ne s'enthousiasme pas à la lecture d'ouvrages qui entendent démontrer, neurobiologie à l'appui, à quel point la bonté est une caractéristique fondamentale de notre espèce, tel par exemple LECOMTE Jacques, *La bonté humaine. Altruisme, empathie, générosité*, Paris, Odile Jacob, 2012.

³⁸⁴ LACAN Jacques, *Problèmes cruciaux pour la psychanalyse*, op.cit., séance du 16 juin 1965.

³⁸⁵ Le CCNE pose explicitement la question dans l'avis 104 de 2008, « Dossier médical personnel et de l'informatisation des données de santé » : « si l'expression de la liberté se révèle contraire à l'intérêt du patient lui-même, faut-il subordonner le respect de son autonomie à sa propre protection au nom du principe de bienfaisance ? » Ce simple exemple suffit à illustrer une des tensions internes à la médecine : que signifie servir les intérêts du malade, si sa liberté et sa santé amènent à des attitudes divergentes ? Autrement dit, le respect de l'autonomie du patient pourrait-il être contesté au nom de sa propre protection ? Le CCNE admet cette possibilité.

tergiverser, et lui dis que je vais m'en occuper de suite, comme ça dans vingt minutes à peine ce sera déjà derrière lui. Tel le serpent Kaa dans une des scènes les plus fameuses du dessin animé *Le Livre de la jungle*, je le fais s'allonger et la ponction s'effectue sans anicroche ni douleur. Combien de fois sommes-nous amenés à surmonter les réticences des patients en faisant le sophiste qui table sur la performance de la parole elle-même pour capturer en captivant ? Il y a un continuum entre ces persuasions ponctuelles légitimées par les conséquences et des persuasions dont le médecin n'est pas même conscient qu'elles s'exercent, via le transfert, pour des fins normatives.

Autre raison pour taire l'amour (jusque dans les impulsions qu'il donne à l'action). D'une toute autre manière que la voie empruntée par Canguilhem, on retrouve cependant la même nécessaire limitation qu'apporte à la mise en œuvre de la *tekhnē* médicale la normativité propre du sujet. Telle nous semble, finalement, la mesure à l'aune de quoi considérer la place de la compassion et de l'empathie dans l'exercice de la médecine.

F. VERS UNE ETHIQUE DES EMOTIONS ?

Dans la *Rhétorique*, Aristote parle d'émotions vertueuses (*pathē chresta*, *Rhét.* 1369a18) : ce sont celles qu'éprouvent les personnes vertueuses, lesquelles ont aussi des désirs vertueux pour ce qui concerne le plaisir (*epithuiai chrestai peri ton hedon*, *Rhét.* 1369a22-24). Sabrina Ebbersmeyer souligne que

« l'accord de la sensation de plaisir et de l'agir vertueux ne se produit pas spontanément, mais requiert l'éducation, qui consiste proprement en ceci que « l'on éprouve du plaisir et de la peine sur les objets qu'il faut » (*EN* 1104b13 ; cf. aussi *EN* 1121 a3 sq.) »³⁸⁶.

Etre sans émotion n'est pas humain pour Aristote : « les émotions justes et la bonne mesure en elles sont un ingrédient important du bon agir et du bon juger »³⁸⁷.

Les facultés (*dynamis*) sont « les aptitudes qui font dire de nous que nous sommes capables d'éprouver ces affections, par exemple la capacité d'éprouver colère, peine ou compassion ».

Les dispositions (*hexis*) relèvent de notre

« comportement bon ou mauvais relativement aux affections par exemple, pour la colère, si nous l'éprouvons ou violemment ou nonchalamment, notre comportement est mauvais, tandis qu'il est bon si nous l'éprouvons avec mesure, et ainsi pour les autres affections » (*EN* 1105b22-25).

Les vertus sont de l'ordre des dispositions, mais on entrevoit de quelle manière elles sont reliées aux facultés et aux émotions. Ce lien sera explicite un peu plus loin dans l'*Ethique à Nicomaque* :

« Ainsi dans la crainte, l'audace, l'appétit, la colère, la compassion, et en général dans tout sentiment de plaisir et de peine, on rencontre du trop et du trop peu, lesquels ne sont bons ni l'un ni l'autre ; au contraire, ressentir ces émotions au moment opportun, dans les cas et à l'égard des personnes qui conviennent, pour les raisons et de la façon qu'il faut,

³⁸⁶ EBBERSMEYER Sabrina, « Conduire ou séduire la raison ?... », art.cit.

³⁸⁷ Ibidem.

c'est à la fois moyen et excellence, caractère qui appartient précisément à la vertu. Pareillement encore, en ce qui concerne les actions, il peut y avoir excès, défaut et moyen. Or, la vertu a rapport à des affections et à des actions dans lesquelles l'excès est erreur et le défaut objet de blâme, tandis que le moyen est objet de louange et de réussite, double avantage propre à la vertu. La vertu est donc une sorte de juste milieu en ce sens qu'elle vise le moyen » (EN 1106b19-24).

C'est pourquoi la compassion (ou pour certains, l'empathie³⁸⁸) est une composante de la *phronēsis*.

Donc la vertu est une disposition à mettre en jeu les facultés d'éprouver les états affectifs (comme la compassion) avec mesure (tact, bon moment, etc.). Les émotions ne sont ni bonnes ni mauvaises par elles-mêmes. Si elles peuvent perturber le jugement, elles sont aussi des guides pour l'action. Ainsi, Nicolas de Cuse attribuait la compassion au Verbe de Dieu: c'est parce qu'il était compatissant à nos faiblesses (les hommes ne peuvent le saisir que sous une forme sensible) qu'il s'est incarné dans une nature humaine³⁸⁹. Dans ce registre théologique, le Samaritain de la parabole de l'évangéliste Luc, qui se porte au secours du blessé, est aussi animé par l'*eleos*, terme qui avait été énoncé à cinq reprises au premier chapitre du même évangile³⁹⁰, pour décrire l'action du dieu³⁹¹.

Si on se rapporte aux règles pratiques pour atteindre les vertus morales, juste milieu entre deux vices (EN 1109a20 sq.), Aristote s'appuie sur l'exemple de l'émotion qu'est la colère. S'y livrer (*orgisthēnai*) est à la portée de quiconque,

« mais le faire avec la personne qu'il faut, dans la mesure et au moment convenables, pour un motif et d'une façon légitime, c'est là une œuvre qui n'est plus le fait de tous, ni d'exécution facile » (EN 1109a25-30).

Comment faire pour viser l'attitude juste ? Les pratiques soignantes éveillent un grand nombre d'émotions négatives : peur, dégoût, répulsion, lassitude, colère, aussi s'est imposée peu à peu l'idée d'un « travail émotionnel », pour réaliser la norme sociale de maîtrise des émotions³⁹². On pourrait alors imaginer qu'une éthique des émotions se résume à une maîtrise des émotions négatives et une culture des émotions positives. Mais nous préférons emprunter la

³⁸⁸ SVENAEUS Fredrik, « Empathy as a necessary condition of phronesis: a line of thought for medical ethics », art.cit.

³⁸⁹ « Le Père éternel, dans son immense bonté, voulant étaler à nos yeux les richesses de sa gloire pour la plénitude de la science et de la sagesse, a revêtu le Verbe éternel, son fils, qui est la plénitude de tout ; compatissant à nos faiblesses, car nous ne pouvions le saisir que dans une forme sensible et qui nous ressemblât, il l'a manifesté à nos regards en se conformant à nos capacités, il l'a revêtu d'une nature humaine, par l'intermédiaire du Saint-Esprit, qui lui est consubstantiel ». DE CUES Nicolas, *De la docte ignorance* (1440), trad. Moulinier, Paris, Editions de la Maisnie, 1930, Livre I.

³⁹⁰ *Nouveau Testament*, Evangile de Luc 1.50 : Et son *eleos* s'étend d'âge en âge sur ceux qui le craignent (la traduction habituelle est miséricorde) ; Luc 1.54 : Il a secouru Israël, son serviteur, Et il s'est souvenu de son *eleos*. Luc 1.58 : Ses voisins et ses parents apprirent que le Seigneur avait fait éclater envers elle son *eleos*, et ils se réjouirent avec elle. Luc 1.72 : C'est ainsi qu'il manifeste son *eleos* envers nos pères, Et se souvient de sa sainte alliance. Luc 1.78 : Grâce aux entrailles de l'*eleos* de notre Dieu.

³⁹¹ GERBER Daniel, « Les emplois d'*éleos* en Luc-Actes », in: Eberhard BONS (dir), « *Car c'est l'amour qui me plaît, non le sacrifice ...* ». *Recherches sur Osée 6,6 et son interprétation juive et chrétienne*, Leiden, Brill, « SJSJ 88 », 2004, p. 81-95.

³⁹² MERCADIER Catherine, « Hôpital silence ! Le travail émotionnel des soignants », in Fabrice FERNANDEZ, Samuel LEZE, Hélène MARCHE (dir), *Le langage social des émotions ; études sur les rapports au corps et à la santé*, Paris, Anthropos Economica, 2008, p.239-262.

voie de la vertu pour en esquisser les linéaments. « La vertu et le juste usage des émotions se définissent réciproquement »³⁹³.

D'abord s'éloigner des extrêmes et choisir le moindre mal, ensuite s'arracher aux fautes que nous avons plus naturellement tendance à commettre (et on peut les reconnaître en se rapportant au plaisir et à la peine qui s'y lient), enfin se tenir en garde contre l'agréable et le plaisir qui faussent notre jugement (*EN* 1109 b1-10). Ce sont les conseils généraux, mais Aristote prévient que la tâche est d'autant plus difficile qu'on passe aux cas particuliers, car les (légers) défauts et excès de l'émotion peuvent être appropriés selon les cas :

« Il n'est pas aisé, en effet, de déterminer par exemple de quelle façon, contre quelles personnes, pour quelles sortes de raisons et pendant combien de temps on doit se mettre en colère, puisque nous-mêmes accordons nos éloges tantôt à ceux qui pèchent par défaut en cette matière, et que nous qualifions de *doux*, tantôt à ceux qui sont d'un caractère irritable et que nous nommons des gens *virils* » (*EN* 1109 b15-20).

Peut-on alors déterminer ce qu'est une déviation acceptable par rapport à la droite ligne ? Pas davantage, et pourquoi ?

« Il est malaisé de le déterminer rationnellement comme c'est d'ailleurs le cas pour tous les objets perçus par les sens : de telles précisions sont du domaine de l'individuel et la discrimination est du ressort de la sensation (*aisthēsis*) » (*EN* 1109 b20-25).

La conclusion s'impose : par rapport aux émotions « appropriées », il n'y a aucune règle générale. Et par contre, on retrouve chez Aristote la même circularité³⁹⁴ qu'avec la *phronēsis*,

« si la vertu et l'homme de bien, en tant que tel, sont mesure de chaque chose, alors seront des plaisirs les plaisirs qui à cet homme apparaissent tels, et seront plaisantes en réalité les choses auxquelles il se plaît » (*EN* 1176a16).

Ici encore, l'éthique n'est pas dissociable de la technique clinique. L'éthique des émotions n'est pas qu'une question morale, ni exclusivement une question affective. Nouer le moral, l'affectif et le technique est un enjeu clinique : les émotions font partie intégrante du tableau clinique, de la situation dans laquelle l'action médicale a lieu. Il ne s'agit pas tant d'agir selon ses émotions, mais de les prendre en compte pour clarifier ce qui se trouve ainsi mobilisé. Cela aide à comprendre ce qui se passe pour le malade, mais cela aide aussi le médecin à comprendre à quelle place il se trouve, parfois à son insu³⁹⁵.

La juste distance dont il est souvent question dans les relations de soin, n'est pas l'équidistance entre la pitié et la froideur. Elle relève d'une ascèse particulière requise par la technique et la prise en compte de ce qui a lieu : un corps qui va mal, un patient qui parle, un transfert qui opère, etc. Une ascèse, c'est à dire des exercices qui relèvent de la transformation de soi et non de l'acquisition d'aptitudes ou de connaissances³⁹⁶. Voilà peut-être l'ascèse dont nous avons besoin, celle qui s'exerce à trouver dans chaque situation la capacité à être touché,

³⁹³ EBBERSMEYER Sabrina, « Conduire ou séduire la raison ?... », art.cit.

³⁹⁴ Cette circularité que l'on retrouve pour chaque *aretè* (vertu) est un des points qui rend malaisée la justification par sa propre expérience d'une action accomplie – auprès d'une instance évaluative qui s'appuie sur des critères procéduraux.

³⁹⁵ C'est un des intérêts des groupes Balint pour les médecins, que de procéder à l'analyse des sentiments qui les animent et de la place qu'ils ont eus dans l'appréciation de la situation et dans les décisions qui ont été prises.

³⁹⁶ FOUCAULT Michel, *Dire vrai sur soi-même. Conférences prononcées à l'Université Victoria de Toronto, 1982*, Paris, Vrin, « Philosophie du présent », 2017, p.119.

et à épouser avec souplesse le mouvement de cette quasi-passivité pour nourrir une réponse délicate : geste sans contretemps, parole qui vient à point nommé, médicament correctement dosé. Il ne s'agit donc pas de se mettre hors de portée des passions, mais d'être possédé d'un désir plus fort, celui de mener son action dans les règles de l'art. Voilà la boussole. C'est là que celui qui possède la *tekhnē* est peut-être mieux désigné comme étant lui-même possédé par elle. C'est quand il est perdu de vue que le soignant est le plus vulnérable (au sens commun et péjoratif du terme). Le désir du médecin est l'opérateur de la conduite du traitement. Il a, schématiquement, trois objets au moins : la personne malade en tant qu'individu charnel (de la tendresse à la compassion, de l'émoi sensuel à la sympathie), la maladie (*libido sciendi*), et la *tekhnē* elle-même (du beau geste à l'accomplissement de soi, mener à bien son action et souci de soi). La personne séduit ou repousse, éveille ou non la sollicitude, la maladie excite l'intellect ou ennuie, et les malades auront en face d'eux des médecins plus ou moins pressés. Le temps passé auprès d'un malade est-il directement proportionnel au charme qu'il inspire et à la stimulation intellectuelle que procure la maladie dont il est porteur ? Le désir qui a pour objet la *tekhnē* elle-même est éveillé par la configuration d'une demande adressée. Un patient *me* demande, et c'est un appel auquel je ne puis me dérober (Levinas), sauf à faire la sourde oreille. Il *me* demande, et je suis à la fois intéressé dans mon être et requis à une place avec laquelle je n'ai pas à me confondre, ni comme éraste ni comme éromène. Il me questionne à propos de son corps souffrant, et c'est l'éveil d'une curiosité expérimentale, scientifique et pulsionnelle, pour débrouiller un écheveau plus ou moins complexe. Il me demande de l'aide, et c'est la créativité thérapeutique qui emploie toutes sortes d'expédients pour trouver une issue émancipatrice. Totalement impliqué, et comme ne l'étant pas. Le désir du médecin qui a pour objet la *tekhnē* elle-même (la *tekhnē* comme agalma) devient en quelque sorte impersonnel. Mais c'est cette *tekhnē* portée à sa plus grande puissance possible qui sera taillée à la mesure du sujet, avec ses contradictions et ses ambivalences.

CHAPITRE XIII. L'ETHIQUE DE LA *TEKHNE*

« Invoquer de prétendus principes moraux pour des questions relevant de la conduite quotidienne est en général une fraude. »

Arendt¹.

« S'autoriser soi-même à faire quelque chose, ce n'est pas en recevoir l'autorisation d'une instance particulièrement habilitée (à savoir de soi), mais c'est prendre sur soi de la faire sans y avoir été aucunement autorisé »

Descombes²

¹ ARENDT Hannah, « Questions de philosophie morale », in : *Responsabilité et jugement*, Paris, Payot et Rivages, « Petite Bibliothèque », 2009, p. 153.

² DESCOMBES Vincent, *Le complément de sujet. Enquête sur le fait d'agir de soi-même*, op.cit., p.316.

De nombreuses définitions sont proposées pour l'éthique. Soit pour distinguer éthique et morale, soit pour rapprocher les deux termes. Dans le domaine de la médecine, les disputes portent davantage sur des termes comme « bioéthique », « éthique (bio)médicale », « éthique clinique ». Est-ce que ce sont des chapitres séparés – « l'extension du savoir-pouvoir médical » réclamant « une posture éthique nouvelle »¹ – ou un seul chapitre dans le grand livre de la morale²? Sur quoi la ou les « fonder » ? Sur des valeurs ou sur des principes³, sur des droits ou des pratiques culturelles⁴? Avec quelle prétention d'universalité⁵? L'éthique médicale est-elle une application des concepts moraux à la pratique de la médecine, ou l'application des concepts médicaux à la pensée morale? Est-elle l'affaire de professionnels⁶? Quelle est la place de la casuistique⁷?

Ce n'est pas sans hésitations que nous entamons ce chapitre. Nous n'entendons pas confronter les théories morales – si nombreuses – entre elles⁸, ni prétendre qu'elles n'ont pas de valeur contre l'ordinaire⁹. Les propos d'Arendt placés en exergue interdisent d'autre part la voie devenue classique en médecine depuis l'extension mondiale du « principlisme » de Beauchamp et Childress¹⁰ : les principes d'autonomie (i.e. : respect de l'autonomie du patient), de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice, sont réputés suffisants à déduire les devoirs moraux du médecin¹¹. Ils transcenderaient les cultures, les contenus moraux riches de sens des diverses communautés humaines, et imposeraient la force tranquille de leur universalisme dans un monde pluriel où médecin et malade ne partagent pas forcément les mêmes valeurs. A titre d'exemple, et bien que ce soit anachronique, ne peut-on pas les deviner en filigrane dans les articles du Code de Déontologie médicale, voire dans le serment d'Hippocrate¹²? Pour la pratique quotidienne de la médecine, sa pratique ordinaire, les principes éthiques ne sont pas l'*archē* d'une entreprise mais les résultats (jamais définitifs) d'une recherche. Le point de départ est celui où nous sommes, pas un point originaire vers lequel il faudrait remonter. Pour la médecine, le point de départ est le domaine de l'action, domaine dans lequel nous immerge

¹ LE BLANC Guillaume, « Archéologie de la bioéthique », art.cit.

² BENAROYO Lazare, « Chapitre 1. Peut-on accepter les progrès en sciences biomédicales sans progrès en éthique ? », *Journal International de Bioéthique* 2013/2 ; 24 : 21-42.

³ Pour l'Association médicale mondiale, « Ces valeurs [fondamentales de la médecine, notamment la compassion, la compétence et l'autonomie] constituent, avec le respect des droits humains fondamentaux, le fondement de l'éthique médicale ». WILLIAMS John R, *Manuel d'éthique médicale : 3^e édition*, Association Médicale Mondiale, 2015, p.17.

⁴ BRACANOVIC Tomislav, « Respect for cultural diversity in bioethics. Empirical, conceptual and normative constraints », *Medicine, Health Care and Philosophy* 2011;14:229-236.

⁵ FINKLER Kaja, « Can bioethics be global and local, or must it be both? », *Journal of Contemporary Ethnography* 2008; 37; 155-179.

⁶ BAKER Robert, « In defense of bioethics », *Journal of Law, Medicine and Ethics* 2009; 37 (1): 83-92.

⁷ RACHELS James, « Ethical theory and bioethics », in Helga KUHSE, Peter SINGER (dir), *A companion to bioethics: 2nd edition*, Blackwell, 2009, p.15-23.

⁸ RORTY Richard, « Entre Kant et Dewey : la situation actuelle de la philosophie morale », *Revue internationale de philosophie*, 2008/3 ; 245 : 235-256.

⁹ LAUGIER Sandra, « Pourquoi des théories morales ? L'ordinaire contre la norme », *Cités* 2001/1 ; 5 : 93-112.

¹⁰ BEAUCHAMP Tom L, CHILDRESS James F, *Les principes de l'éthique biomédicale*, op.cit.

¹¹ GILLON Ranaan, « Ethics needs principles – four can encompass the rest – and respect for autonomy should be “first among equals” », *Journal of Medical Ethics* 2003; 29:307-312. Quelques voix européennes ont plaidé pour un complément (principes de dignité et de vulnérabilité). Nombreuses aussi ont été les objections à cette orientation. Par exemple HARRIS J, « In praise of unprincipled ethics », *Journal of Medical Ethics* 2003;29:303-306; CAMPBELL AV, « The virtues (and vices) of the four principles », *Journal of Medical Ethics* 2003;29:292-296.

¹² Pour un commentaire du *Serment d'Hippocrate*, LOMBARD Jean, *Ethique médicale et philosophie. L'apport de l'Antiquité*, Paris, L'Harmattan, 2009, p.18-24.

d'emblée toute demande adressée par un vivant souffrant, et pas un système dont nous devrions opérer toute la « reconstruction rationnelle » en partant de *ground zero*.

Par quotidienne nous entendons ce qui se répète dans une régularité qui semble donnée. Par ordinaire, ce qui ne donne pas forcément lieu aux dilemmes moraux paradigmatiques qui exacerbent les conflits entre ces « principes de base » et font de plus en plus l'objet d'un traitement juridique qui relègue au second plan la dimension éthique – un des plus traités dans la littérature en éthique médicale est la transfusion d'un témoin de Jehovah, ou d'un enfant dont les parents sont témoins de Jehovah¹³. Ordinaire ne signifie pas par contre l'absence d'une dimension tragique : le refus de soins, l'arrêt des thérapeutiques actives, les réponses possibles à une demande d'assistance à mourir, et plus largement les situations sans espoir de guérison, font l'ordinaire de la pratique.

L'accroissement des droits du malade a pu être considéré positivement, comme la recherche d'un équilibre par rapport à une relation asymétrique qui fait la part belle au pouvoir médical¹⁴. Mais « ce n'est pas une personne juridique qui adresse une demande au médecin, c'est une personne qui se sent malade »¹⁵. Et le problème pratique du médecin, c'est de savoir ce qu'il va faire, qui déborde du domaine de la connaissance théorique de ce qu'il faut faire, légalement et/ou moralement. La règle morale dira qu'il faut respecter la dignité de la personne, mais ne dira pas comment s'occuper de cette personne quand elle en a besoin.

Aussi nous prendrons une autre voie, sans aucune prétention à être systématique ni exhaustif. Notre conception de l'éthique médicale est qu'elle est inhérente à la pratique, et réciproquement : ainsi on ne distinguera pas un devoir pratique exempt de connotation morale, ni un devoir moral qui se tiendrait à distance d'une action¹⁶. Devoir s'entend donc ici dans un sens épais¹⁷ (obligation morale et obligation pratique) parce que faits descriptifs et valeur morale ne sont guère dissociables dans une pratique dont la visée est d'être bienfaisante envers autrui, par la mise en œuvre d'une *tekhnē* avec toutes ses dimensions. Dans l'exercice concret de la médecine, la question éthique quotidienne et ordinaire est avant toutes choses celle « qui se rattache à l'interrogation d'un acteur : que dois-je faire, en définitive et tout bien considéré, pour agir au mieux ? »¹⁸ Et comme on reconnaît depuis l'Antiquité le bon médecin¹⁹ par son pouvoir de juger ce qui convient à chaque cas particulier, ce qui doit nous intéresser

¹³ CALLAHAN D, « Principlism and communitarianism », *Journal of Medical Ethics* 2003;29:287-291. MACKLIN R, « Applying the four principles », *Journal of Medical Ethics* 2003;29: 275-280.

¹⁴ MAC CULLOUGH Laurence B, « Was Bioethics founded on historical and conceptual mistakes about medical paternalism? », art.cit.

¹⁵ LIVET Pierre, « Interactivité et reconnaissance de la singularité : les variétés du consentement », in : CAVERNI Jean-Paul et GORI Roland (dir), *Le consentement. Droit nouveau du patient ou imposture ?*, Paris, In Press Editions, 2005, p.56.

¹⁶ Sur le sens du mot « devoir », voir ANSCOMBE Elizabeth, *L'intention*, op.cit., § 35. Elle commente les syllogismes pratiques d'Aristote dans *l'Éthique à Nicomaque*, et propose d'entendre « devoir » dans le registre du raisonnement pratique.

¹⁷ Nous empruntons à Putnam ce terme « épais » qu'il utilise dans l'expression de concept épais développée dans un autre contexte mais qui nous semble analogue avec notre propos (PUTNAM Hilary, *Fait / valeur : la fin d'un dogme et autres essais*, Paris, L'Éclat, 2004).

¹⁸ DESCOMBES Vincent, *Le raisonnement de l'ours...*, op.cit., p. 412.

¹⁹ On peut rappeler ici le passage du *Protagoras* que nous avons cité dans la première partie : « Quelle est la bonne manière de faire pour faire un bon médecin? Il est évident que c'est d'apprendre à soigner les malades, et que celui qui les soigne mal est un mauvais médecin ». PLATON, *Protagoras*, 345 a-b.

¹⁹ CRIGNON-DE OLIVEIRA Claire, GAILLE Marie, « Avant-propos, Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ? », art.cit.

prioritairement pour l'éthique, c'est comment se forme un jugement pratique. Le reste²⁰ pourrait relever de ce que Nietzsche épinglait comme « fausse monnaie en morale », c'est-à-dire « prétendre savoir ce que sont le bien et le mal, pourquoi l'homme existe, connaître sa fin, sa destination »²¹ ; j'ajoute ici : prétendre savoir ce qu'est la personne et sa dignité²².

Une éthique clinique doit-elle commencer par montrer pourquoi les cliniciens devraient avoir un comportement éthique alors que celui-ci est souvent pénible et que des attitudes non-éthiques sont réellement tentantes²³ ? Certains prennent comme point de départ l'affirmation que la pratique médicale – en tant que relation interpersonnelle de type fiduciaire – est essentiellement une entreprise morale²⁴. Mais cela ne règle pas la question du contenu, fonction de la théorie morale à laquelle on se réfère. Canguilhem situait la « première obligation des médecins » dans la reconnaissance « de la nature propre de leurs gestes thérapeutiques »²⁵. Cette nature propre, nous la considérons non pas comme morale, mais comme relevant d'une *tekhnē*. On voit quel pourrait être alors le socle d'une éthique médicale envisagée d'un point de vue déontique : reconnaître la nature propre de ce qu'accomplit la pratique, et en particulier ses conséquences sur le devenir du malade. Envisager la morale médicale non pas comme une morale générale qui serait spécifiée pour la médecine, mais comme une morale qui découle des questions que pose la pratique.

Quand on est engagé dans une activité, quelle qu'elle soit, et qu'on est pris au jeu, qu'on y consacre une part importante de sa vie, on souhaite généralement la porter à sa meilleure expression, à son plus grand déploiement, à sa signification la plus riche²⁶. Se dégagent alors des traits qui prennent une importance particulière, qui sont valorisés, et qui sont les valeurs de l'activité – ou les valeurs professionnelles quand elle relève d'une profession. Dans le soin, pour les professionnels du soin eux-mêmes, ce qui est cité en premier est la compétence²⁷, et sur le plan moral, la compassion²⁸. Mais on doit aussi ajouter d'autres traits pour décrire un « bon » médecin : l'honnêteté, la sensibilité, la détermination, la faculté de raisonner, l'ouverture d'esprit, l'humilité, la curiosité, et bien d'autres choses encore...²⁹ Dans le sillon des théories du *care*, certains font du *care* lui-même la vertu spécifique des soignants, bien que ce soit un thème controversé³⁰. Nous tombons sous le reproche de Devettere de réduire le but d'une éthique clinique aux biens internes de la pratique, alors que selon lui, le but éthique embrasse aussi le bien du clinicien, et donc son bonheur et son bien-être personnel. Le point

²⁰ Ce que nous appelons « reste » est devenu l'essentiel de la bioéthique, l'éthique clinique en est le parent pauvre.

²¹ NIETZSCHE Friedrich, *La volonté de puissance*, vol. I, trad. G. Bianquis, Paris, Gallimard, « Tel », 1995, § 236.

²² Cf. Notule sur la personne, ch.V.

²³ DEVETTERE Raymond J, « Clinical ethics and happiness », art.cit.

²⁴ SSEBUNNYA Gerald M, « A trifocal perspective on medicine as a moral enterprise : towards an authentic philosophy of medicine », *Journal of Medicine and Philosophy* 2015;40:8-25. Pellegrino a aussi défendu cette idée.

PELLEGRINO Edmund D, THOMASMA David C, *The virtues in medical practice*, Oxford, Oxford University Press, 1993.

²⁵ CANGUILHEM Georges, « Thérapeutique, expérimentation, responsabilité », art.cit.

²⁶ Dans la version hippocratique du serment médical, on trouve déjà cette indication : « Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans l'innocence et la pureté ». HIPPOCRATE DE COS, « Le serment », op.cit., p.631.

²⁷ Depuis le *Corpus hippocratique*, le « premier impératif éthique pour le médecin est celui de la connaissance : il doit être au fait de l'état de la recherche et ne pas s'appuyer sur des hypothèses sans fondement ». DE KONINCK Thomas, et al., « Archéologie de la médecine et de l'éthique », art.cit.

²⁸ SHELPS Earl E, « Courage : a neglected virtue in the patient-physician relationship », *Social Science and Medicine* 1984; 18 (4): 351-60.

²⁹ MARCUM James A, « The epistemically virtuous clinician », *Theor Med Bioeth* 2009; 30:249-265.

³⁰ CURZER Howard J, « Is care a virtue for health care professionals? », art.cit.

délicat est bien entendu, ce que signifie le bonheur de l'agent moral³¹, mais Aristote propose que

« On n'est pas un véritable homme de bien quand on n'éprouve aucun plaisir dans la pratique des bonnes actions, pas plus que ne saurait être jamais appelé juste celui qui accomplit sans plaisir des actions justes, ou libéral celui qui n'éprouve aucun plaisir à faire des actes de libéralité, et ainsi de suite. S'il en est ainsi, c'est en elles-mêmes que les actions conformes à la vertu doivent être des plaisirs » (*EN* 1099 a 17-21).

Sur la question des fondements de l'éthique pour la médecine, nous adoptons résolument une position proche de celle défendue par Vincent Descombes³². Quand on se trouve sur le terrain de la pratique, quelle que soit l'opinion que l'on se forge sur le fondement de la morale médicale, on peut émettre un certain nombre de jugements :

« il y a des décisions plus ou moins heureuses, des situations plus ou moins satisfaisantes, des projets plus ou moins sensés: il n'est plus question de « fonder », mais de juger et surtout d'éclairer, de comprendre afin de juger »³³.

Ce que malades et médecins peuvent souhaiter, et donc ce qu'ils valorisent, c'est que l'acte médical vise juste, c'est-à-dire soit le mieux ajusté possible aux buts poursuivis. Cela suppose une détermination des fins spécifiées pour la situation, des moyens, une délibération, des choix, et donc cela implique des intentions, des désirs, de la réflexion, de la volonté. Contingence et incertitude seraient paralysantes, conduiraient à l'inaction, à la résignation, si l'agent, l'acteur, n'avait pas cultivé par l'exercice quelques pré-dispositions, qui deviennent au fur et à mesure des dispositions lui permettant de faire ce qu'il y a à faire.

Ce qu'on appellera ici vertu, c'est la disposition habituelle (*hexis*) à l'action adéquate, acquise par l'éducation et par l'exercice, pour laquelle notre faculté de désir (le moteur de l'action humaine pour Aristote³⁴), est orientée vers des fins bonnes et éprouve un plaisir propre à l'activité accomplie³⁵. Voilà ce qui règle la question du bonheur de l'agent moral, dès lors que l'action morale est une *action* avant d'être *morale*. Les vertus sont les meilleures dispositions possibles pour s'engager au mieux dans des expériences sans garantie *a priori* de réussite. C'est l'assurance de celui qui ne peut pas compter sur l'exosquelette des conduites à tenir et des protocoles et qui doit se risquer, en tremblant, dans une voie inédite, car la situation le requiert³⁶. Se tenir au ras de la pratique quotidienne en se défaisant de l'illusion que tout s'y déroule machinalement fait en effet découvrir – c'est un des sens de ce que nous avons nommé « esthétiser sa pratique » – l'inédit, la singularité, des situations « ordinaires ». Chercher les différences, c'est mettre en œuvre une pratique fine de la différence, un abord délicat,

³¹ DEVETTERE Raymond J, « Clinical ethics and happiness », art.cit. Devettere examine aussi le point délicat de l'amour sacrificiel, sans parvenir à le résoudre tout à fait.

³² Si nous précisons « proche », c'est que nous ne prétendons pas à une haute fidélité de la restitution. Simplement, nous faisons nôtres un certain nombre d'arguments qu'il développe dans des textes variés, dont DESCOMBES Vincent, *Le raisonnement de l'ours...*, op.cit.

³³ Je transpose à la médecine ce que Descombes évoque à propos d'une autre pratique, la politique DESCOMBES Vincent, « De la mort du fondement à la philosophie de l'action, entretien avec V. Descombes », *Le Banquet*, 1993 ; 2(3).

³⁴ Nous verrons plus loin le rôle essentiel que joue l'objet du désir (*l'orektikon*).

³⁵ PEROLI Enrico, « Le bien de l'autre... », art.cit.

³⁶ Une version dramatique inaugure les *Récits d'un jeune médecin*, qui doit improviser l'amputation d'une jambe déchiquetée alors qu'il n'a jamais opéré de sa vie. Boulgakov Mikhaïl, *Récits d'un jeune médecin*, Paris, LGF, « Le livre de poche », 1994.

autrement dit, y introduire une « scintillation de délicatesse »³⁷. Voilà un bon exemple d'une disposition qui relève en propre de la *tekhnē* et qui rassemble sans qu'on puisse les distinguer des aspects esthétiques, érotiques et éthiques.

Nous aurions préféré pouvoir nous passer des encombrements d'un terme aussi fortement connoté que vertu (depuis son étymologie virile), et qui a (mal) vieilli dans la langue française – contrairement à l'anglais d'où nous revient l'éthique des vertus (*virtue ethics*), présentée – trop rapidement peut-être – comme un courant alternatif³⁸ à l'éthique *mainstream* qui conjugue aujourd'hui plus volontiers principlisme et conséquentialisme³⁹ qu'éthique de conviction et éthique de responsabilité⁴⁰. L'éthique des vertus donnera-t-elle une nouvelle jeunesse au mot « vertu » ? Toujours est-il qu'elle s'inscrit dans ce qu'Aubenque appelle « un retour généralisé à Aristote » qui a marqué la seconde moitié du XX^e siècle dans la réflexion éthique⁴¹. Plutôt que de décréter des devoirs moraux généraux, ou de faire de savants calculs d'utilité pour équiper la décision, l'accent est mis sur les dispositions de l'agent qui s'engage dans une action particulière pour atteindre un certain bien qui en dépend. Elle reconnaît la participation des émotions à la perception morale, considère importante la motivation des agents, autorise des choix adaptés aux particuliers, et encourage des solutions créatives aux dilemmes tragiques – tout en reconnaissant qu'ils restent sans solution complète⁴². Elle permet de mettre alors l'accent sur des vertus associées à des rôles particuliers, sans se prononcer sur les vertus générales⁴³. L'éthique des vertus est pour ses défenseurs l'éthique qui a une consonance connaturelle avec la médecine⁴⁴, et pour ses critiques une vision bien trop individualiste dans une époque marquée par les pratiques partagées, les savoirs distribués, et qui devrait envisager le collectif comme une condition plutôt que comme le but d'une collection d'individus⁴⁵. Une autre critique faite à l'éthique des vertus est de manquer de consistance empirique : personne ou presque ne possède les vertus traditionnelles ; il n'est pas possible de les développer⁴⁶ ; les

³⁷ Cf. BARTHES Roland, *Le Neutre, Cours au Collège de France (1977-1978)*, texte établi par Thomas CLERC, Paris, Seuil-Imec, 2002. Voir aussi le chapitre sur le *therapôn*.

³⁸ Pour Nussbaum, présenter l'éthique des vertus comme une troisième voie à côté des éthiques utilitariste et kantienne est source de confusion. Kant a une doctrine de la vertu, Bentham était préoccupé par la psychologie morale et Sidgwick estime que les vertus ont un fondement utilitariste. Certains théoriciens des vertus proposent un retour à Aristote et à une conception délibérative et critique de la vertu, d'autres insistent davantage sur les sentiments et les émotions et seraient plus proches de Hume. Adversaires de l'utilitarisme ou adversaires de Kant, leurs points communs sont d'accorder, en philosophie morale, une place à l'agent, au choix, à l'action, aux motivations et aux intentions, mais aussi à la vie morale dans son ensemble (et pas seulement à des actes isolés). NUSSBAUM Martha C, « Virtue ethics : a misleading category? », *The Journal of Ethics* 1999;3:163-201.

³⁹ On entend par là en médecine les choix qui résultent d'une comparaison des utilités (efficacité, efficience des traitements individuels ou des politiques de santé). La diffusion d'EBM inspire une perspective utilitariste.

⁴⁰ HOLLAND Stephen, « The virtue ethics approach to bioethics », *Bioethics* 2011;25(4):192-201.

⁴¹ AUBENQUE Pierre, *Problèmes aristotéliens...* ; op.cit., p.213. Le point de départ est selon lui la « protestation contre la séparation de la théorie et de la pratique » (ibid., p.238). L'article séminal a été celui de Elizabeth ANSCOMBE, « Modern moral philosophy », art.cit.

⁴² GARDINER Patti, « A virtue ethics approach to moral dilemmas in medicine », art.cit.

⁴³ CURZER Howard J, « Is care a virtue for health care professionals? », art.cit.

⁴⁴ SEBUNNYA Gerald M, « A trifocal perspective on medicine as a moral enterprise... », art.cit.

⁴⁵ BLEAKLEY Alan, « A common body of care... », art.cit.

⁴⁶ Alors qu'on voit apparaître d'autre part des suggestions de manipulations cérébrales pour améliorer les vertus ! Sur le *bioenhancement* moral, voir : EBERL Jason T, « Can prudence be enhanced? », *Journal of Medicine and Philosophy* 2018; 43: 506-526.

gens n'ont pas de « traits de caractère » et les traits de caractère n'ont pas de pouvoir explicatif suffisant⁴⁷. Mais il ne s'agit pas de faire des descriptions psychologiques.

Nietzsche estimait que « avoir sans cesse les valeurs ou la vertu à la bouche, est la meilleure façon de transformer en plomb ce qu'elles peuvent contenir d'or »⁴⁸. Et il est vrai qu'à lire certains articles ou ouvrages sur les vertus a quelque chose de lassant⁴⁹. Aussi j'espère ne pas démonétiser ce qui est précieux. Si les vertus sont indispensables par gros temps (le mot suggère l'idée d'un obstacle dressé contre la disposition), on se casse pourtant les dents à tenter de les enclorre dans des définitions stables. Nous l'avons vu à propos de la compassion. Quant à prétendre les mesurer pour les évaluer et les promouvoir chez les futurs médecins, c'est une vaine entreprise. Ce n'est pas le plus négligeable de leurs traits que d'échapper ainsi à la saisie : les vertus s'avèrent affines, dans leur statut et leur fonction, à ce qu'elles viennent soutenir, à savoir la consistance fragile de l'action, indissociable de son effectuation. C'est parce qu'elles apparaissent, à tort ou à raison, de plus en plus comme des conditions de possibilité d'un soin véritable qui ne se réduise pas à la simple exécution d'un rôle programmable et programmé par l'effet conjoint des statistiques et du management gestionnaire, qu'il est peut-être temps de les dégager de la naphthaline : depuis Platon et Aristote, du temps a passé, certes, mais le désarroi qui saisit la médecine clinique dans les turbulences du présent tient aussi à leur perte de vue. Nous ne sommes pas assurés toutefois que le mot de « vertu » ait été suffisamment retiré de la langue et « donné à nettoyer » pour pouvoir être remis en circulation⁵⁰.

Dans les temps anciens, on considérait comme particulièrement importantes, pour toutes les pratiques, de la médecine à la politique en passant par l'artisanat ou le pilotage de navire, la vertu intellectuelle de la *phronēsis* (sagesse pratique), et au plan moral trois vertus principales : la *sôphrosunē* (modération/tempérance), la justice, et le courage⁵¹. Notre but n'est pas d'établir

⁴⁷ WEST Ryan, « Virtue ethics is empirically adequate : a defense of the CAPS response to situationism », *Pacific Philosophical Quarterly* 2018; 99 (S1): 79-111.

⁴⁸ NIETZSCHE Friedrich, *Le Gai Savoir*, trad. Patrick Wotling, Paris, GF Flammarion, 2007, §292 (Aux prédicateurs de la morale) : « Je ne veux pas faire de morale, mais à ceux qui en font je donne ce conseil : si vous voulez absolument faire perdre aux meilleures choses et aux meilleures conditions tout leur honneur et toute leur valeur, continuez, comme vous avez fait jusqu'à présent, à les avoir sans cesse à la bouche! Placez-les en tête de votre morale et parlez du matin au soir du bonheur de la vertu, du repos de l'âme, de la justice immanente et de l'équité : si vous en agissez ainsi, tout cela finira par avoir pour soi la popularité et le vacarme de la rue : mais alors, à force de manier toutes ces bonnes choses, l'or en sera usé, et plus encore : tout ce qu'elles contiennent d'or se sera transformé en plomb. Vraiment vous vous entendez à appliquer l'art contraire à celui des alchimistes, pour démonétiser ce qu'il y a de plus précieux! Servez-vous une fois, à titre d'essai, d'une autre recette pour ne pas réaliser l'opposé de ce que vous vouliez atteindre : niez ces bonnes choses, retirez-leur l'approbation de la foule et le cours facile, faites-en de nouveau les pudeurs cachées des âmes solitaires, dites : la morale est quelque chose d'interdit! Peut-être gagnerez-vous ainsi pour ces choses l'espèce d'hommes qui seule importe, je veux dire l'espèce héroïque. Mais alors il faudra qu'elles aient en elles de quoi éveiller la crainte, et non pas, comme jusqu'à présent, de quoi produire le dégoût! N'aurait-on pas envie de dire aujourd'hui, par rapport à la morale, comme Maître Eckhart : "Je prie Dieu qu'il me fasse quitte de Dieu ! " »

⁴⁹ Ainsi, la lecture du livre de Pellegrino et Thomasma (PELLEGRINO Edmund D, THOMASMA David C, *The virtues in medical practice*, op.cit.), heureusement fort tardive par rapport à l'écriture de la thèse, procure un effet de « leçon de morale » assez déplaisant. Nous ne pouvons qu'espérer y échapper.

⁵⁰ « Il faut parfois retirer de la langue une expression et la donner à nettoyer pour pouvoir ensuite la remettre en circulation ». WITTGENSTEIN Ludwig, *Remarques mêlées* (1940), trad. JP Cometti, Paris, Flammarion, 2002, p.98.

⁵¹ Dans les *Lois*, la *sôphrosunē* « rationnelle » est présentée comme un bien divin. Le vrai législateur doit d'abord viser les « biens divins » : en premier la sagesse (*phronēsis*), suivie par la « *sôphrosunē* rationnelle » (*sôphrosunē meta nou*). De ces deux vertus naît la justice (*dikaosune*), cependant que vient au quatrième rang le courage (*andria*). Le législateur doit proclamer aux citoyens que les biens « humains » (santé, beauté, force, richesse) leur sont

une liste des vertus à usage professionnel. Nous nous intéresserons plus particulièrement à la *sôphrosunē* et au courage, en tant qu'elles concernent les « parties irrationnelles de l'âme » (EN 1117 b23). Nous nous sommes faits déjà l'écho du découragement des soignants. Sa prévalence contemporaine rend nécessaire, plus que jamais, l'étude du courage, dont le découragement est l'ennemi déclaré, son épuisement, sa défaite. Se pourrait-il que le courage soit quelque chose d'important pour soigner? A plusieurs reprises, il a aussi été question de tempérance/modération : tempérer son zèle à faire du bien et à surveiller (gouvernement de corps et des esprits), résister à l'extension de la médicalisation de la vie, se garder d'abuser du pouvoir de suggestion. Nous avons évoqué son lien à la pudeur et nous verrons que la *sôphrosunē* était d'abord pensée en relation avec les appétits du corps.

Avant d'aborder le courage, puis la *sôphrosunē*, il nous faut commencer par préciser davantage quelle conception des vertus nous mobilisons. Puis leur étude nous conduira à revenir à la *phronēsis* et au jugement pratique, où ces vertus trouvent à s'intégrer dans la *tekhnē* médicale.

A. L'ETHIQUE DONT NOUS AVONS BESOIN.

Mac Intyre (que nous ne suivons pas dans tous ses développements) reprend et développe la thèse de l'article séminal d'Anscombe⁵² : la conception que nous avons des règles morales a une structure de base héritée d'Aristote⁵³. Il y a une opposition fondamentale entre l'homme tel qu'il est et l'homme tel qu'il pourrait être s'il réalisait sa nature essentielle. La forme générale du schéma moral suppose donc une conception de l'essence de l'homme (i.e. animal rationnel), la notion de *telos* humain, une conception de la puissance et de l'acte⁵⁴. Les préceptes qui prescrivent les vertus et proscrivent les vices nous apprennent comment passer de la puissance à l'acte, comment réaliser notre vraie nature, et atteindre notre véritable fin⁵⁵. Depuis Aristote, cette perspective a connu nombre d'inflexions.

Avec Thomas d'Aquin, Maimonide, Averroès, les trois monothéismes ont rendu plus complexe le schéma moral initial : les préceptes de l'éthique sont des lois divines; l'erreur devient péché; la table des vertus et des vices est augmentée; la vraie fin de l'homme n'est pas atteinte dans ce monde mais dans un autre (*telos* ultramondain)⁵⁶. La science moderne a rejeté

subordonnés. PLATON, *Lois*, trad. Luc Brisson et Jean-François Pradeau, in *Oeuvres complètes*, Luc BRISSON(dir), Paris, Flammarion, 2008, Livre I.

⁵² ANSCOMBE E, « La philosophie morale moderne », art.cit.

⁵³ MAC INTYRE Alasdair, *Après la vertu*, op.cit. Sur la réception de ce livre en France, et les discussions politiques qu'il a suscité, on peut se reporter à DESCOMBES Vincent, « Alasdair MacIntyre en France », *Revue internationale de philosophie* 2013/2 ; 264 :135-56.

⁵⁴ Cette présentation schématique reprise à MacIntyre ne s'attarde pas à discuter s'il s'agit d'épanouissement personnel ou du soubassement de la vie politique, un point régulièrement disputé quand on débat de l'éthique des vertus. Voir par exemple : ALLMARK Peter, « Virtue and austerity », *Nursing philosophy* 2013;14:45-52.

⁵⁵ MAC INTYRE Alasdair, *Après la vertu*, op.cit., p.52 sq.

⁵⁶ ANSCOMBE E, « La philosophie morale moderne », art.cit. Par rapport à Aristote, les sens de « être dans l'erreur », « faire fausse route », « manquer son but », sont devenus davantage des péchés, des fautes, parce que les sens pratiques ou vertueux dans le sens ancien de « il faut », « a besoin », « doit », « est nécessaire » ont acquis un sens

la vision téléologique de la nature humaine : la raison calculatrice ne peut discourir que sur les moyens, pas sur les fins. Anscombe a montré que le caractère déontologique des jugements moraux était le spectre de conceptions de la loi divine totalement étrangères à la métaphysique de la modernité⁵⁷. Il n'est pas possible selon elle de conserver la notion d'obligation morale (dérivée d'une conception de l'éthique en tant que loi divine) si on rejette la notion d'un législateur divin. Le remplacer par la nature ne conduirait pas à la justice, mais plutôt à « dévorer le plus faible en accord avec les lois de la nature ». Alternativement, concevoir l'obligation morale comme une obligation contractuelle supposerait de déterminer quels sont les contrats que nous contractons. Anscombe propose alors de chercher des « normes » dans les vertus humaines :

« de même que l' *homme* a tant de dents, ce qui n'est certainement pas le nombre moyen de dents que les hommes ont, mais est le nombre de dents pour l'espèce, de même peut-être l'espèce *homme*, pas seulement considérée biologiquement mais du point de vue de l'activité de la pensée et du choix en ce qui concerne les différents aspects de la vie – les pouvoirs, les facultés et l'usage des choses dont on a besoin – « a » telles et telles vertus et cet « homme » avec l'ensemble complet des vertus est la « norme », de même que, par exemple, l'homme avec un ensemble complet de dents est une norme. Mais en *ce* sens, « norme » a cessé d'être en gros équivalent de « loi ». Dans *ce* sens la notion de « norme » nous rapproche plus d'une conception aristotélicienne que d'une conception légaliste de l'éthique »⁵⁸.

On le voit, renouer avec la conception aristotélicienne suppose, pour Anscombe, de faire retour à des prémisses factuelles pour penser la norme. De fait, elle propose de « mettre à l'index (...) les expressions comme « l'obligation morale », le « doit moral », « le devoir » ». Il faut renouer avec un sens ordinaire, pré-légaliste, pré-moral, et néanmoins indispensable de « devoir ». La vertu est une disposition à agir qu'il est bon de posséder⁵⁹. Ce cadre nous convient davantage pour nos réflexions sur une éthique de la pratique que celui proposé par Pellegrino et Thomasma, pour qui la pratique médicale est *avant tout* une entreprise morale⁶⁰.

L'inflexion que nous empruntons est différente. Elle se propose de considérer « médecin » comme un « concept fonctionnel ». Si nous restons rigides sur la distinction entre faits et valeurs, on en oublie que les concepts fonctionnels (par exemple : « montre ») ne peuvent être définis indépendamment d'une évaluation⁶¹. Or, en présence d'un concept fonctionnel, on peut valablement passer de prémisses factuelles à une conclusion évaluative⁶². Les termes moraux

moral. Il « est obligé » ou « est tenu » ou « est requis », mais par quoi ? par une loi ! Loi morale qui est une loi divine.

⁵⁷ « les concepts d'obligation et de devoir – c'est-à-dire d'obligation *morale* et de devoir *moral* –, de ce qui est bon et mal *moralement* et du sens *moral* de « doit », devraient être abandonnés si cela est psychologiquement possible, parce que ce sont des survivances, ou des dérivés de survivances, d'une conception antérieure de l'éthique qui ne survit généralement plus et que sans elle ils sont seulement nuisibles. » ANSCOMBE E, « La philosophie morale moderne », art.cit.

⁵⁸ Ibidem.

⁵⁹ Vincent Descombes suggère alors qu'il faut éclaircir ce que signifie « posséder une disposition ». DESCOMBES Vincent « Exercices d'analyse », art.cit.

⁶⁰ PELLEGRINO Edmund D, THOMASMA David C, *The virtues in medical practice*, op.cit.

⁶¹ MAC INTYRE Alasdair, *Après la vertu*, op.cit. p.55 sq.

⁶² Mac Intyre donne l'exemple de la montre. On peut passer de prémisses factuelles (1/ cette montre est imprécise et irrégulière ; 2/ cette montre est trop lourde pour le poignet) à une conclusion évaluative valide (3/ c'est une mauvaise montre). Le concept de montre comporte une idée de but et de fonction (montrer l'heure, pouvoir être à

changent de sens : du temps d'Aristote, « un bon x » (personne, animal, politique, situation, etc.) est un type de x qu'on choisirait pour remplir le rôle caractéristique de x. Ne peut-on pas aujourd'hui encore revenir à cette perspective quand on évoque le bon médecin, sans endosser pour autant tous les présupposés du fonctionnalisme⁶³?

Médecin est un concept fonctionnel. Ceci signifie que « un bon médecin », c'est le type de médecin qu'on choisirait pour remplir le rôle caractéristique de médecin. Dans la *Métaphysique* (1021b15) :

« ainsi on dit un médecin accompli (*teleios*) et un joueur de flûte accompli, quand, envisagés selon la forme de leur vertu propre (*kata to eidos tēs oikeias aretēs*), il ne leur manque rien (*mēthen elleipōsin*) »⁶⁴.

En première analyse, il est possible de décrire ce qu'est un bon médecin, ou plutôt, comment il agit⁶⁵. Son trait caractéristique serait, pour Svenaeus ou Davis par exemple, la *phronēsis*⁶⁶. On échappe alors aux pièges qui enferment la morale dans des discussions interminables autour de ce qui pourrait valablement la fonder. Nous n'avons pas besoin de rechercher une autre téléologie (comme l'utilitarisme⁶⁷), ou de prendre la relève des commandements divins et des faillites de l'agent moral autonome par une idéologie des droits humains.

Toutefois, nous ne pouvons pas nous affranchir complètement de toute perspective conséquentialiste (dans l'établissement de la balance des bénéfices et des risques notamment⁶⁸) ni de toute perspective déontologique (la pratique médicale est encadrée par des lois qui contraignent l'autonomie des acteurs ; mais aussi l'accroissement de la puissance thérapeutique est corrélé au besoin d'une déontologie⁶⁹). Mais il est possible d'intégrer celle-ci – ne pas mettre l'accent sur les devoirs moraux professionnels ne signifie pas que nous les ignorons.

Comme l'écrit Bernard Baertschi,

« Le sentiment du devoir est l'émotion appropriée lorsque le bien moral n'attire pas comme il le devrait, et s'il en va ainsi, c'est qu'il est probable que l'attitude de l'homme de devoir soit l'attitude convenable dans des situations telles que la faiblesse de la volonté »⁷⁰.

Nous pouvons alors préciser notre concept fonctionnel : un (bon) médecin est celui qui a recours au sentiment du devoir en tant que de besoin pour la réussite de son action, et qui

l'heure, pouvoir mesurer une durée), et donc on ne peut définir le concept de montre indépendamment du concept de bonne montre, et le critère qui sert à définir la montre est lié à celui qui définit la bonne montre.

⁶³ En tous cas, il est tout à fait légitime de s'y employer, comme le montrent plusieurs contributions à l'ouvrage collectif : CRIGNON-DE OLIVEIRA Claire, GAILLE Marie (dir), *Qu'est-ce qu'un bon patient ?...*, op.cit.

⁶⁴ Tricot traduit : ils ne laissent rien à désirer, expression dont nous avons fait un autre usage.

⁶⁵ Sur la question du bon médecin, voir : LEFEVE Céline, « Peut-il seulement y avoir de bons médecins ? La relation médecin-malade selon Georges Canguilhem », in CRIGNON-DE OLIVEIRA Claire, GAILLE Marie (dir.), *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ?* Paris, Seli Arslan, 2010, p.16-33.

⁶⁶ Son trait caractéristique serait, pour Svenaeus ou Davis par exemple, la *phronēsis*. SVENAEUS Fredrik, « Hermeneutics of medicine in the wake of Gadamer... », art.cit.; DAVIS F Daniel, « Phronesis, clinical reasoning, and Pellegrino's philosophy of medicine », art.cit.

⁶⁷ MILL John Stuart, *L'utilitarisme. Essai sur Bentham*, op.cit.

⁶⁸ Et la question de l'utile, au sens de l'*usable* – ce dont on peut faire usage – est affine à celle de la normativité du sujet. Mais l'utilité ne saurait alors être déterminée par un tiers extérieur à la situation. L'utilitarisme par contre suppose possible le transfert de la délibération depuis la sphère humaine vers celle de la technologie algorithmique. Sur ce dernier point, voir BARILAN Y. Michael, « Towards a dialogue between utilitarianism and medicine », *Medicine, Health Care and Philosophy* 2004;7:163-173.

⁶⁹ LOMBARD Jean, *Ethique médicale et philosophie. L'apport de l'Antiquité*, op.cit., p.12.

⁷⁰ BAERTSCHI Bernard, « La place du normatif en morale », *Philosophiques* 2001 ; 28(1) : 69-86.

intègre ses obligations comme une prémisse (parmi d'autres) dans son raisonnement pratique⁷¹. De même, un bon médecin est celui qui ne soumet pas son jugement pratique au résultat chiffré d'une balance bénéfices/risques. Contrairement au choix trivial, le jugement s'applique aux incommensurables⁷².

Etant admis qu'il est délicat d'être un bon médecin, tout ce qui est pratiquement nécessaire à l'exercice médical (y compris une morale, pourquoi pas ?) se trouve par là même aussi bien justifié qu'il est nécessaire⁷³. On donnera alors raison à Canguilhem qui s'interrogeait ainsi :

« On peut se demander si ce n'est pas à la médecine de chercher en elle-même d'abord le fondement de ses décisions éthiques »⁷⁴.

L'éthique est donc une question qui se pose à un acteur, et la recherche de ses réponses: « que dois-je faire [ajoutons provisoirement], pour bien faire? »⁷⁵. La question éthique pour le médecin est donc celle du médecin qui agit et qui prend son action comme objet de réflexion, avant d'agir et dans l'après coup de l'agir. Si, comme le dit Aristote, « chaque classe d'hommes délibère sur les choses qu'ils peuvent réaliser par eux-mêmes » (*EN* 1112a34), alors convenons que qu'envisager l'éthique médicale avant tout comme une éthique de la pratique est une manière de dire qu'elle portera sur les actions que les médecins accomplissent par eux-mêmes, qu'elles soient décrites d'un point de vue instrumental et technique ou d'un point de vue plus spécifiquement moral. L'action intentionnelle du médecin est intentionnelle parce qu'il cherche à obtenir par cette action quelque chose qui *doit* être, et dans ce *doit* il y a aussi bien un effet, une conséquence causale, qu'un *doit* déontique. C'est pourquoi le sens de l'action médicale ne peut être compris sans une réflexion quant aux biens qui sont visés⁷⁶.

Pour les théoriciens de l'éthique des vertus, le médecin agit honnêtement parce qu'il est motivé par le souci du bien-être de son malade et non parce qu'il *est* honnête (disposition fixe du caractère)⁷⁷, ou qu'il obéit à une obligation (ou qu'il est guidé par un sens du devoir), ou encore parce que les conséquences sont plus utiles⁷⁸. Mais l'intérêt premier n'est pas tant de savoir pourquoi le médecin s'est montré honnête (ou pas), que de bien estimer comment il va s'y prendre pour tisser un lien de confiance avec le patient, en tenant compte de l'impact de ses

⁷¹ On pourrait s'employer à vérifier que les devoirs médicaux répertoriés dans le Code de Déontologie sont une formulation déontique de jugements analytiques décrivant le « bon médecin » (Les jugements analytiques n'ajoutent rien au concept du sujet par le moyen du prédicat, mais ne font que le décomposer par l'analyse en ses concepts partiels. KANT Emmanuel, *CRP*, op.cit., p.37.)

Ainsi, par exemple, si l'article 7 du Code de Déontologie dispose que « Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée », le concept fonctionnel du (bon) médecin peut faire l'objet du jugement analytique suivant : « le médecin écoute, examine, conseille ou soigne avec la même conscience, etc. »

⁷² LAMBEK Michael, « Value and virtue », *Anthropological Theory* 2008; 8; 133-157.

⁷³ Je m'inspire sur la « Note wittgensteinienne sur les acceptions multiples du nécessaire » de Vincent DESCOMBES, *Le raisonnement de l'ours...*, op.cit., p. 435.

⁷⁴ CANGUILHEM Georges, « Antiquité et actualité de l'éthique médicale », *Bulletin officiel du Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes*, 1984, 4e trimestre, p. 71.

⁷⁵ Cf. sur ce point aussi : DESCOMBES Vincent, *Le raisonnement de l'ours...*, op.cit., p.412 sq.

⁷⁶ Cf. DESCOMBES Vincent « Exercices d'analyse », art.cit., p. 94.

⁷⁷ Sur le débat à propos des vertus considérées ou non comme des dispositions fixes du caractère, voir FLEMING Diana, « The character of virtue : answering the situationist challenge to virtue ethics », *Ratio* 2006; 19 (1):24-42.

⁷⁸ MAC CABE Matthew, « Admirable dishonesty in medical practice », *Communication and medicine* 2013; 10(1), 27-35.

paroles. C'est ainsi qu'on pourra considérer les vertus du médecin comme son effort de se conserver comme « bon médecin » au sens fonctionnel du terme « bon ».

La vertu est cause de la justesse de la fin du choix délibéré (*Ethique à Eudème* 1228a1). Pour notre temps donc, une vertu

« c'est reconnaître de façon raisonnée l'existence d'un bien qui peut être obtenu ou préservé par l'action humaine et accorder à ce bien, dans l'économie de nos pensées, de nos désirs et de nos actions, la place qui correspond à l'estimation de son importance »⁷⁹.

Il ne fait aucun doute qu'un médecin jugera que son action est bonne, juste, correcte, s'il a agi selon la bonne indication, pour les bons motifs, de la manière dont il fallait procéder et au bon moment. Eh bien c'est exactement ce que propose Aristote comme définition générique de l'action selon la vertu : c'est agir « dans les cas où il faut, à l'égard de ce qu'il faut, pour les raisons et de la façon qu'il faut », et aussi « quand il faut » (*EN* 1106b21). Et il ne fait pas de doute non plus au médecin qu'agir ainsi ne relève pas de l'application routinière des règles. Parce que les lois sont trop générales, des cas particuliers apparaîtront toujours et « nous devons alors agir *kata ton orthon logon* » – selon la règle qui convient (*EN* 1138b25). Nous avons déjà dit que cela s'apparente, dans l'action qui requiert un choix, au décret souple qui « s'adapte aux affaires traitées » (*EN* 1137b32). Certains doutent par contre de la capacité de la *phronēsis* à fournir un point de départ à partir duquel nous pourrions « sécuriser » nos conclusions morales vis-à-vis du doute et de l'incertitude qui règnent dans le débat moral contemporain⁸⁰. Mais précisément, la question n'est plus aujourd'hui de pouvoir échapper à l'incertitude, et au contraire d'agir au mieux dans l'incertitude.

Pour autant, il ne s'agit pas d'une appréciation privée. Toute pratique⁸¹ suppose des normes d'excellence et d'obéissance à des règles ainsi que la réalisation de biens internes⁸². Ceux-ci – l'excellence des produits et l'excellence du travail de l'agent⁸³ – sont des biens qu'on ne peut obtenir que par la pratique, et qui ne peuvent être identifiés que par la participation à la pratique en question. « Entrer dans une pratique c'est accepter l'autorité de ces normes » et l'évaluation de mes actes selon ces normes⁸⁴. « L'autorité des biens et des normes élimine toute analyse subjectiviste ou émotiviste du jugement »⁸⁵ : l'appréciation personnelle est soumise à discussion. Cette appréciation personnelle – qui est un jugement pratique – reste toutefois requise, quelle que soit la force accordée aux devoirs. Dans toute pratique, celui qui agit doit exercer son jugement à propos de la manière dont il va accomplir son devoir.

Les pratiques ont besoin d'institutions pour être transmises et survivre, mais ne doivent pas être confondues avec elles. La médecine n'est pas l'hôpital. Mais on apprend une pratique (et

⁷⁹ DENT Nicholas JH, « Vertu, éthique de la vertu », in: *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, tome 2, op.cit., p.1667-71.

⁸⁰ BERESFORD Eric B, « Can phronesis save the life of medical ethics? », art.cit.

⁸¹ Mac Intyre donne des pratiques la définition générique suivante: « toute forme cohérente d'activité humaine coopérative socialement établie par laquelle les biens internes à cette activité sont réalisés en tentant d'obéir aux normes d'excellence appropriées, ce qui provoque une extension systématique de la capacité humaine à l'excellence et des conceptions humaines des fins et des biens impliqués ». MAC INTYRE Alasdair, *Après la vertu*, op.cit., p.183.

⁸² Par contraste, les biens externes sont obtenus par la pratique de manière contingente (par exemple : gloire, richesse, notoriété).

⁸³ On voit ici que sont associées les deux dimensions de *poiesis* et de *praxis*.

⁸⁴ MAC INTYRE Alasdair, *Après la vertu*, op.cit., p.185

⁸⁵ Ibidem.

ses vertus) dans une communauté particulière dotée de ses propres formes institutionnelles. Le point délicat est que les institutions se préoccupent des biens externes, et les pratiques sont alors toujours potentiellement menacées par les institutions (dont elles ont par ailleurs besoin). Les pratiques soignantes sont de plus en plus pluri-professionnelles, que ce soit à l'hôpital (équipes de soins) ou en libéral (réseaux informels ou formels) : il faut donc imaginer aussi des sujets collectifs, des actions collectives et des vertus collectives. Dans ce contexte, toute vertu est une qualité dont la possession et l'exercice tendent à permettre l'accomplissement des biens internes aux pratiques et dont le manque rend impossible cet accomplissement.

Nous pouvons alors examiner les vertus avec un *appétit* renouvelé⁸⁶. Deux vertus dites morales⁸⁷ (courage et *sôphrosunē*, dont on se souviendra qu'elles ont été associées à propos de Socrate dans le *Banquet*) apparaissent particulièrement importantes pour la pratique médicale⁸⁸, étant entendu que celle-ci suppose bien sûr un agent (et un patient..., médecin et malade pouvant être tour à tour l'agent et le patient), et étant entendu aussi que la pratique trouve à s'organiser dans un contexte social et politique.

B. LE COURAGE

Nous avons recensé toute la douleur qu'éventuellement le bourreau pouvait prélever sur chaque pouce de notre corps ; puis le cœur serré, nous sommes allés et avons fait face

René Char⁸⁹

Quand on entend le mot courage, on pense peut-être spontanément au courage du soldat, du héros, du résistant, du militant⁹⁰. Dans le monde du soin, on pense plutôt au courage du malade qui « se bat », qu'au courage de soigner, exception faite peut-être de ces infirmières et médecins qui restent présents au cœur de conflits armés ou d'épidémies redoutable comme celle du virus Ebola où ils risquent leur vie⁹¹.

Si son essence, comme on le verra plus loin, est la maîtrise de l'influence émotive de la crainte pour la préservation d'un bien menacé, la nature du danger peut n'être pas clairement

⁸⁶Cf. SPINOZA, E IV, prop.18, scolie: « 1° Que le principe de la vertu est l'effort même pour conserver l'être propre et que la félicité consiste en ce que l'homme peut conserver son être ; 2° Que la vertu doit être appétée pour elle-même, et qu'il n'existe aucune chose valant mieux qu'elle ou nous étant plus utile, à cause de quoi elle devrait être appétée ».

⁸⁷ EN 1103a15 « La vertu est de deux sortes, la vertu intellectuelle et la vertu morale. La vertu intellectuelle dépend dans une large mesure de l'enseignement reçu, aussi bien pour sa production que pour son accroissement ; aussi a-t-elle besoin d'expérience et de temps. La vertu morale, au contraire, est le produit de l'habitude, d'où lui est venu aussi son nom, par une légère modification de εθος (ἠθικη : morale ; εθος : habitude) ».

⁸⁸ La phronēsis (prudence) a déjà été abordée et sera à nouveau à l'honneur plus loin. Parmi les vertus principales chez Platon, il ne manque que la justice, particulièrement importante quand on envisage la médecine à l'échelle collective (institutions, politiques de santé), même si l'abord de la justice y est davantage celui des principes que des vertus. Nous en parlons indirectement dans le chapitre sur l'offre de soins. Pour Pellegrino et Thomasma, les deux vertus clés sont la compassion et la phronēsis, mais ils traitent aussi de la fiduciaire, de la justice, de la fortitude (courage moral et non physique), de la tempérance, de l'intégrité et de l'effacement de soi. PELLEGRINO Edmund D, THOMASMA David C, *The virtues in medical practice*, op.cit.

⁸⁹ CHAR René, « Feuillettes d'Hypnos », *Œuvres Complètes*, Paris, Gallimard, coll. « La Pléiade », 1983, p. 175-176.

⁹⁰ SALMON Cécile, « Sourds : les Invisibles », *Sens-Dessous* 2011/1 ; 8 : 44-54.

⁹¹ MACCARTNEY Margaret, « Courage is treating patients with Ebola », *British Medical Journal* 2014; 349:4987.

définie, mais, par récursions successives, on en arrive à dire que, le risque extrême étant la mort, le courage est requis pour vivre et pour mourir⁹². Angoisse du destin et de la mort, angoisse du vide et de la perte de sens, cette angoisse existentielle, liée à notre contingence, convoque tout être humain au courage pour s'affirmer en dépit de la menace : il faut du courage pour être⁹³. Tout le monde est donc concerné, et dans le monde du soin, avant tout les malades⁹⁴, qui affrontent leur fragilité vitale de manière plus aiguë⁹⁵. Si la maladie est propice au dé-couragement, elle est aussi, par conséquent, le lieu du courage comme affirmation de soi : « Le courage est affirmation de soi 'en dépit de', en dépit du non-être »⁹⁶. Ce que dit Michel Fennetaux donne une certaine épaisseur aux propos de Tillich : il « trouve dans la précarité la source d'une éthique de combat »⁹⁷, même si c'est un combat pour rien : « combattre malgré l'incalculable disproportion des forces en présence, le dos au mur, même si c'est en pure perte, pour l'honneur ! »⁹⁸

Dans des coordonnées moins dramatiques, le courage est une thématique bien présente dans la littérature professionnelle⁹⁹ : le courage serait un élément critique pour l'engagement des médecins à agir dans le meilleur intérêt de leurs patients¹⁰⁰. On s'emploie d'ailleurs à en produire une mesure quantitative¹⁰¹ ! Dans les sciences infirmières aussi, le courage d'agir est souvent mentionné comme une des qualités indispensables¹⁰² et le courage apparaît être un trait significatif de l'éthique des soins infirmiers¹⁰³. Et si c'est un mot qui fait partie du langage ordinaire des soignants s'adressant aux malades, il n'en est pas moins présent dans les échanges

⁹² « Personne, en effet, n'endure plus intrépidement les dangers que l'homme courageux. Or le plus redoutable de tous est la mort, car elle est un point final, et pour celui qui est mort, rien, selon l'opinion courante, ne peut plus lui arriver de bon ou de mauvais » (EN 1115a25).

⁹³ TILlich Paul, *Le courage d'être* (1952), trad. Jean-Pierre Le May, Genève, Labor et Fides, 2014, p.71-3.

⁹⁴ DELMAR Charlotte, « Beyond the drive to satisfy needs: in the context of health care », *Medicine, Health Care and Philosophy* 2013; 16:141-9.

⁹⁵ BLANQUER Zig, DUFOUR Pierre, « Les noces du courage et du handicap », *Sens-Dessous* 2011/1; 8: 32-8.

⁹⁶ TILlich Paul, *Le courage d'être*, op.cit., p.54 sq. Dewey propose aussi une lecture, pragmatiste, du courage comme affirmation de soi. BLESIN Laurence, « De l'affect à l'engagement. Une lecture pragmatiste du courage », *Dissensus* 2009 ;2 :146-65.

⁹⁷ FENNETAUX Michel, op.cit., p.54.

⁹⁸ Ibid. p.65.

⁹⁹ Il y a des exceptions remarquables: le manuel d'éthique de l'Association Médicale Mondiale n'en fait même pas mention. WILLIAMS John R, *Manuel d'éthique médicale : 3^e édition*, Association Médicale Mondiale, 2015.

¹⁰⁰ KUHAR Michael J, « Collegial Ethics: What, Why and How », *Drug Alcohol Depend* 2011; 119(3): 235-8. KARCHES Kyle E, SULMASY Daniel P, « Justice, Courage, and Truthfulness: Virtues that medical trainees can and must learn », *Family Medicine* 2016;48(7):511-16.

¹⁰¹ MARTINEZ William, BELL Sigall K, ETCHEGARAY Jason M, SOLEYMANI LEHMANN Lisa, « Measuring moral courage for interns and residents: Scale development and initial psychometrics », *Academic Medicine* 2016;91(10):1431-1438.

¹⁰² THORUP Charlotte B, RUNDQVIST Ewa, ROBERTS Christel, DELMAR Charlotte, « Care as a matter of courage : vulnerability, suffering and ethical formation in nursing care », *Caring Sciences* 2011, 427-35.

¹⁰³ En 2015, le soin courageux a d'ailleurs été le thème du congrès annuel de l'association américaine des infirmières de réanimation (MUNRO Cindy L, SAVEL Richard H, « Our view of courageous care », *American Journal of Critical Care* 2015;24 (5):372-4). Voir aussi DAY Lisa, « Courage as a virtue necessary to good nursing practice », *American journal of critica care* 2007; 16 (6): 613-6. BICKHOFF Laurie, SINCLAIR Peter M, LEVETT-JONES Tracy, « Moral courage in undergraduate nursingstudents: A literature review », *Collegian* 2017; 24 (1): 71-83; BICKHOFF Laurie, LEVETT-JONES Tracy SINCLAIR Peter M, « Rocking the boat — nursing students' stories of moral courage: A qualitative descriptive study », *Nurse Education Today* 2016;42: 35-40. GALLAGHER Ann, « Moral distress and moral courage in everyday nursing practice », *The online journal of issues in nursing*, 2010;16 (2):1-7.

entre professionnels¹⁰⁴, parfois pour signifier son dé-couragement, absence cruellement ressentie d'un courage perçu comme nécessaire au travail.

B.1 DEFINITIONS ET CONTOURS

Cela semble alors assez simple, le courage est partout; des expressions fleurissent : courage d'être, courage du commencement¹⁰⁵ (repris à Jankélévitch¹⁰⁶), courage de croire, courage de la différence, courage de vieillir¹⁰⁷... Mais en réalité les pistes sont brouillées. On peut parler du courage d'entreprendre des réformes¹⁰⁸ ou du courage de s'y opposer farouchement, du courage d'accueillir des réfugiés ou du courage de les refouler, et on évoque même le courage du patron de licencier ses employés alors que l'entreprise est bénéficiaire. Le courage associé aux compromis requis par la vie sociale n'est-il pas plutôt de la médiocrité¹⁰⁹? Pour certains, le terroriste est courageux car il risque sa vie... Si c'est aussi du courage, alors on ne comprend plus trop le sens des mots¹¹⁰. Revenons un instant au dictionnaire¹¹¹.

Le courage est, au sens classique un peu vieilli, une disposition du cœur (l'étymologie est d'ailleurs le mot cœur auquel on a ajouté le suffixe « age ») en tant qu'organe noble, foyer de la vie intérieure profonde, de la personnalité morale. L'*Homme de courage*, c'est l'homme de cœur, c'est-à-dire un homme honnête, fidèle à son cœur, à sa morale dans ses actes.

Un second sens de courage, plus moderne, est la fermeté de cœur, la force d'âme (*fortitudo* en latin) qui se manifeste dans des situations difficiles obligeant à une décision, un choix, ou devant le danger, la souffrance. Ces situations difficiles peuvent être matérielles : le courage est alors presque une qualité physique qui se manifeste de manière presque instinctive chez certains individus confrontés à un danger matériel et qui leur permet de lutter contre. Courage signifie alors *bravoure, cran, intrépidité, témérité, vaillance*; et a pour antonymes *couardise, faiblesse, lâcheté, poltronnerie*. Mais le courage désigne aussi l'endurance qui peut naître de l'habitude des situations difficiles et de l'apprentissage du danger. L'individu courageux a « le courage de n'avoir pas peur de sa peur »¹¹².

Les situations difficiles peuvent être aussi morales : le courage désigne alors la qualité de caractère d'un individu, qui le rend prêt à réagir positivement devant une situation morale difficile. Ses synonymes sont alors plutôt la *constance, persévérance, voire la maîtrise de soi*

¹⁰⁴ Cela m'évoque un souvenir. Le Pr Daniel Storck, auprès de qui j'ai fait une grande partie de mon apprentissage, avait coutume de lancer un « Courage ! » à quiconque de son équipe manifestait une préoccupation, un agacement, une fatigue. Il savait d'expérience qu'il fallait « prendre sur soi » pour « être à la hauteur » de ce qui est attendu du médecin. Lui-même ne manquait pas de courage, et donnait l'exemple.

¹⁰⁵ FLEURY Cynthia, « Le courage du commencement », *Études* 2014/1 : 57-66.

¹⁰⁶ JANKÉLEVITCH Vladimir, *Le sérieux de l'intention. Traité des vertus I*, Paris, Flammarion, « Champs essais », 1983, p. 129.

¹⁰⁷ BILLE Michel, « Vieillir. Le courage et l'indignation... », *Sens-Dessous* 2011/1 ; 8 :14-23.

¹⁰⁸ SIDIBÉ Michel, « Universal health coverage: political courage to leave no one behind », *Lancet* 2016; 4:e355-6.

¹⁰⁹ ALVARENGA Raphael, « La mesure de l'impossible : penser le courage dans le cadre d'une rupture avec la condition présente » *Dissensus* 2009, 2 : 78-115.

¹¹⁰ ZAOUÏ Pierre, « Pas de courage », *Vacarme* 2016/2 ; 75 : 16-21.

¹¹¹ DICTIONNAIRE *Trésor de la Langue Française Informatisé*.

¹¹² GELY Raphaël, « Du courage de mourir au courage de vivre : quels enjeux politiques ? Introduction à une phénoménologie radicale du courage », *Dissensus* 2009 ;2 :116-45.

qui permet une attitude calme, réfléchi. On est alors proche de l'usage ordinaire du courage qu'en font les soignants. Mais le courage est aussi une fermeté de l'esprit qui permet de saisir et soutenir des idées hardies et audacieuses.

Dans le *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*¹¹³, Monique Canto-Sperber isole deux traits : la capacité à dépasser la peur et à affronter les plus grands dangers, et la capacité à supporter les souffrances, à montrer patience et fermeté face à l'adversité. En tant que vertu, le courage est une qualité morale intériorisée en l'individu d'où procèdent à la fois :

- la perception des traits moralement pertinents d'une situation dangereuse
- la conception de l'action la plus appropriée
- un riche tissu de résolutions et d'émotions caractéristiques.

En somme nous avons l'association d'une dimension sensible, perceptive, d'une dimension cognitive et d'une dimension affective (sentiment de peur mais aussi affirmation de soi qui vise à la surmonter). Et cet ensemble riche détermine une action. Les très nombreuses définitions proposées par les auteurs consultés¹¹⁴ varient toutes autour d'un noyau dur que nous résumons ainsi : on définira au mieux le courage en décrivant le courageux, comme un sujet agissant dans une situation difficile, en dépit de la peur qui l'anime légitimement¹¹⁵.

La situation difficile peut être un danger physique, un adversaire, un ennemi, mais aussi l'opinion d'un groupe ou d'un mentor, et encore une inhibition intérieure¹¹⁶ ou une situation moralement éprouvante. Il y a l'idée commune d'un obstacle à surmonter, d'une adversité à combattre.

L'action n'implique pas forcément un mouvement du corps, ce peut être simplement une prise de parole¹¹⁷, la défense d'une idée, le refus d'obéir à un ordre injuste ou de se résigner, ou encore la simple présence persévérante dans la difficulté, l'endurance dans l'effort. Quelle que soit l'action en jeu, elle suppose, pour entrer dans le régime du courage, d'être volontaire, délibérée, choisie, voire conçue comme étant la plus appropriée à la situation, et elle suppose aussi d'avoir un but noble, juste, beau. Le courageux agit pour une noble cause¹¹⁸.

Le sujet courageux, avant d'agir, a une perception claire de la situation (et du danger), est affecté par la crainte et la peur (qu'il va surmonter), et est animé d'une fermeté de caractère ou d'une force d'âme accompagnée par la connaissance des périls à affronter, du mal à combattre

¹¹³ CANTO-SPERBER Monique, « Courage », in : Monique CANTO-SPERBER (dir), *Dictionnaire d'éthique et de Philosophie morale, Tome I*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 4e éd., 2004, p.422-30.

¹¹⁴ Entre autres: EVANS Philip D, WHITE David G, « Towards an empirical definition of courage », *Behaviour Research and Therapy* 1981; 19:419-24. ALVARENGA Raphael, « La mesure de l'impossible... », art.cit. ; FLEURY Cynthia, « Le courage du commencement », art.cit. ; HAMRAOUI Éric, « Les courages : variantes d'un processus d'androsexuation de la vertu », *Travailler* 2002/1 ; 7 : 167-88.

¹¹⁵ On pourrait alors résumer à l'extrême, en disant par exemple du courage qu'il est « audace plus pensée droite ». Ces définitions composées présentent une difficulté, prévient Aristote dans les *Topiques* : « Il ne faut pas prendre pour courageux celui qui a à la fois l'audace pour détrousser les gens et une pensée droite au sujet de ce qui est bon pour la santé]. De même le médecin peut bien posséder audace et pensée droite sans pour autant pouvoir être défini comme courageux » (*Top.* 151a4).

¹¹⁶ Pensons par exemple à ce qui était évoqué dans le précédent chapitre à propos de l'incertitude.

¹¹⁷ FOUCAULT Michel, *Le courage de la vérité, Le gouvernement de soi et des autres II*, op.cit.

¹¹⁸ On ne peut pas parler de courage lorsque l'action accomplie est vicieuse, ou laide, ou blâmable. Le braqueur de banques prend des risques, sous une certaine description il agit comme un héros, mais on ne devrait pas, si on s'en tient aux critères d'Aristote, parler de courage car l'action accomplie est blâmable par ailleurs.

et du bien à poursuivre. Cela ne va pas sans difficultés : « que veut dire « fermeté d'âme » dans un monde qui exige de plus en plus au contraire une âme élastique, c'est-à-dire l'adaptation, la flexibilité, la souplesse ». Et « que veut dire « accompagnée d'une connaissance du bien à poursuivre et du mal à combattre » quand nos ennemis prétendent eux aussi détenir des certitudes sur le Bien »¹¹⁹ ? L'injonction contemporaine au courage ne s'interroge pas sur les capacités réelles des individus à développer une telle disposition dans le contexte qui est le leur¹²⁰.

B.2 LE COURAGE COMME VERTU.

Pour définir le but de l'action courageuse, nous avons employé l'expression de « noble cause ». Dans le monde antique, la motivation de l'action vertueuse paraît assez simple à formuler : le courageux prend le parti de faire front parce qu'il est beau de le faire (et qu'il serait laid de ne pas le faire) (EN 1116 a 10). Tillich commente : « Le courage accomplit ce qui est digne de louanges et refuse ce qui est méprisable », « il est l'affirmation de notre nature essentielle, de notre finalité en acte »¹²¹. Mais qu'est-ce que le beau? Ici encore, les choses ont l'air assez simples pour Aristote : « Le beau est ce qui est digne en soi d'être choisi, et donc digne d'être loué » (Rhét 1366a34). De même, chercher la mort pour fuir un mal, ou des choses pénibles, n'est pas du courage, car on affronte le trépas non parce que c'est beau de le faire, mais pour fuir un mal (EN 1116a10)¹²². Ce qui semble moralement estimable à Comte-Sponville c'est le risque accepté ou encouru sans motivation égoïste. Même s'il peut être évalué d'un point de vue psychologique ou sociologique, le courage n'est moralement estimable que lorsqu'il se met au service d'autrui¹²³. On passe alors selon lui du trait psychologique (le caractère) à une vertu. Pour Jankélévitch, le courage « est moins une vertu lui-même que la condition de réalisation des autres vertus, (...) seuil de la décision inaugurale »¹²⁴. Les courageux ont l'art de commencer, car le point de départ est une décision, sans utilité a priori qui garantirait les intérêts bien compris de celui qui a décidé d'agir. Et « cette chose qu'il faut faire, c'est moi qui dois la faire », « et non pas quelqu'un en général »¹²⁵. C'est pourquoi « le courage est ce sans quoi, sans doute, toute morale serait impossible et sans effets. Quelqu'un qui s'abandonnerait tout entier à la peur, quelle place pourrait-il faire à ses devoirs? »¹²⁶.

¹¹⁹ ZAOUÏ Pierre, « Pas de courage », art.cit.

¹²⁰ BLESIN Laurence, « De l'affect à l'engagement... », art.cit.

¹²¹ TILlich Paul, *Le courage d'être*, op.cit., p.36.

¹²² Kant a une conception proche à propos du suicide :

« Si c'est un épuisement de la patience, dans la souffrance, par la tristesse qui exténue toute patience, c'est plutôt un acte de découragement. On peut songer à une forme d'héroïsme quand on regarde la mort droit dans les yeux et de ne pas la craindre lorsqu'on ne peut plus aimer la vie. Mais celui qui franchit le pas du suicide parce qu'il ne peut plus supporter les tourments de la vie qu'il ne cesse pas d'aimer, meurt par lâcheté ».

KANT Emmanuel, *Anthropologie du point de vue pragmatique*, op.cit., §76.

¹²³ COMTE-SPONVILLE André, *Petit traité des grandes vertus*, op.cit., p.63.

¹²⁴ JANKÉLEVITCH Vladimir, *Les vertus et l'amour. Traité des vertus II*, Paris, Flammarion, « Champs essais », 1986, I, « Du courage ».

¹²⁵ JANKÉLEVITCH Vladimir, *Le sérieux de l'intention...*, op.cit., p. 129.

¹²⁶ COMTE-SPONVILLE André, *Petit traité des grandes vertus*, op.cit., p.64.

Peut-on serrer davantage ces éléments qui entrent dans la composition du courage ? Nous retournons cette fois encore en arrière.

2.1. Les apories du *Lachès*

Le *Lachès* est ce dialogue de Platon consacré au courage¹²⁷. Sollicité pour répondre à la question posée par deux pères de famille soucieux de donner une bonne éducation à leur fils respectif, Socrate dévie du sujet de l'apprentissage des armes (est-il bon ou non ?) pour orienter la discussion sur la vertu correspondante, le courage. Plusieurs tentatives de définition seront proposées, de la part de Lachès (militaire de haut rang) et de Nicias (homme politique), tous deux reconnus comme étant courageux. Aucune ne satisfera Socrate qui précipite la fin du dialogue en disant que la vraie nature du courage n'a pas été trouvée (*Lach.* 199e). Michel Foucault observe que si ni Lachès ni Nicias n'ont été capables de rendre compte, de donner le *logos*, la raison de leur propre comportement, ils ont dialogué franchement, témoignant d'un courage de dire la vérité (*parrēsia*)¹²⁸. Tillich, par contre, retient de l'échec du dialogue que pour comprendre le courage, il faut comprendre l'être humain et son monde¹²⁹. Autrement dit, on se heurte à l'écart entre des valeurs qui apparaissent portées par des pratiques concrètes, mais qui semblent manquer de consistance dès lors qu'on entreprend d'en étudier la teneur théorique¹³⁰.

Les points litigieux du dialogue portent d'ailleurs sur cet écart. Le point de départ est le fantassin courageux (Lachès : – « Quand un homme est *déterminé à faire tête à l'ennemi* en gardant son rang, sans prendre la fuite, sois sûr que c'est un homme courageux » *Lach.* 190e). Mais Socrate cherche une définition plus générique du courage (non seulement celui des fantassins, mais aussi celui de tous les combattants, et plus généralement encore celui des hommes exposés aux dangers de la mer, ou qui luttent contre la maladie et la pauvreté, contre les périls de la politique, et plus encore, ceux qui résistent aux passions et aux plaisirs, et ne font pas qu'être brave contre la douleur et la crainte (*Lach.* 191e). La fermeté d'âme (*karteria psyche* *Lach.* 192b) est-elle la réponse ? Il ne semble pas, car selon Socrate, toute fermeté n'est pas belle, par exemple celle qui est jointe à la folie est nuisible et malfaisante. Il faut alors préciser : le courage pourrait être une *fermeté accompagnée d'intelligence* (*meta phroneseos*, que Monique Dixsaut traduit : « avec le secours de la *phronēsis* »), une fermeté intelligente (*phronimos ara karteria* *Lach.*192d). La question du but poursuivi devient alors cruciale : être ferme à dépenser de l'argent avec intelligence pour en acquérir davantage n'est pas être courageux (*Lach.*192e). De plus, l'intelligence pratique rend le courage moins nécessaire : le soldat résolu sans savoir apparaît en effet plus courageux que celui qui se montre résolu parce qu'il sait que son camp est le plus fort et le mieux préparé intelligemment. Donc, se risquer à une action parce qu'on possède une *tekhne* (qui permet la fermeté intelligente¹³¹) est moins

¹²⁷ PLATON, « Lachès », trad. Emile Chambry, *Premiers dialogues*, Paris, GF Flammarion, 1967.

¹²⁸ FOUCAULT Michel, *Le courage de la vérité, Le gouvernement de soi et des autres II*, op.cit., p.139.

¹²⁹ TILlich Paul, *Le courage d'être*, op.cit., p.34.

¹³⁰ Comme l'écrit Zuppinger, « L'approche philosophique de la vie éthique ordinaire est chargée d'une attente qu'elle ne parvient pas à combler ». ZUPPINGER Thibaud, *Agir en contexte. Enquête sur les pratiques ordinaires de l'éthique*, Paris, Kimé, 2016, p.16.

¹³¹ Cf. ce qui a été dit de l'antinomie être sûr de son action / intéressé dans son être au chapitre XII.

courageux que la fermeté inintelligente, ce qui est contradictoire avec le point de départ (une fermeté accompagnée d'intelligence).

Le dialogue s'engage alors sur une autre voie. Le courage serait-il une sorte de *sophia*, d'*epistēmē*, la science « *des choses qu'il faut craindre et des choses qu'il faut oser, soit à la guerre, soit partout ailleurs* » (*Lach.* 194e) ? La médecine permet de lever des objections : « dans les maladies par exemple », c'est le « médecin qui connaît ce qui est à craindre » : ce n'est pas le médecin qui est courageux (alors qu'il sait ce qu'il faut redouter), mais le malade qui ne connaît pas ce qui est à craindre (*Lach.* 195c). Savoir ce qui est à craindre ne signifie donc pas être plus brave¹³².

Mais nous ne laisserons pas décourager par l'aporie qui clôt le dialogue : « nous n'avons donc pas trouvé la vraie nature du courage » (*Lach.* 199e). Il en va de même dans toutes les affaires humaines, elles échappent la plupart du temps à la saisie par des coordonnées simples, par des critères objectifs qui doivent être satisfaits. Si la définition du courage a échappé aux interlocuteurs du *Lachès*, sa reprise par Aristote nous permettra quelques précisions utiles pour mieux situer la place et le rôle du courage de soigner. Nous suivrons le passage qui lui est consacré dans l'*Ethique à Nicomaque*, en prolongeant ses propos par des notations qui lui sont postérieures.

2.2. Le courage chez, et après, Aristote

Le courage est la première des vertus du caractère examinées par Aristote :

« Le courage est la meilleure disposition possible de l'âme quand sont en jeu des situations qui suscitent la crainte ou l'intrépidité », le juste milieu entre la lâcheté et la témérité (*EN* 1107a30).

¹³² Nous passons sur la fin du dialogue. Nicias ne s'en tient pas là. L'argument de Lachès ne vaut pas parce que la science des médecins ne s'étend pas au-delà de la reconnaissance de ce qui est sain ou malade chez leurs clients. Or, il y a des cas où la santé est plus à craindre que la maladie ! Ce sont ces situations où il est peut-être préférable d'être mort que de vivre : les choses à craindre ne sont donc pas les mêmes que pour ceux qui ont intérêt à vivre. Et cette distinction ne relève pas du pouvoir du médecin (ni de n'importe quel homme de métier), mais seulement du pouvoir de l'homme qui sait (*epistemon*) ce qui est à craindre et ce qui ne l'est pas, donc l'homme courageux (*Lach.*195d).

Pour Lachès, c'est seulement un devin qui peut savoir pour qui il est plus avantageux de vivre que d'être mort : les devins seraient-il donc les hommes courageux ? Nicias rétorque que l'office du devin se borne à distinguer les signes pronostiques, mais qu'il n'est pas de son ressort de juger ce qui est préférable de souffrir ou de ne pas souffrir (*Lach.*196a).

Socrate argumente en disant que si c'est la science de ce qui est à craindre et de ce qui ne l'est pas qui définit le courage, alors il faut soit refuser le courage à toutes les bêtes, soit dire que les animaux (reconnus comme courageux) comme le lion, la panthère ou le sanglier possèdent une science que peu d'hommes par contre peuvent détenir.

Nicias précise qu'il n'accorde aucun courage aux animaux, ni à aucun être qui méprise le danger par ignorance : ce sont des êtres téméraires et fous (*Lach.* 197a). Être sans peur (*aphobon*) et être courageux (*andreia*) sont deux choses différentes : « La témérité, l'audace et l'absence de crainte liée à l'imprévoyance (*apromethias*) sont le partage de presque tout le monde ». Il faut *distinguer les actes téméraires et les actes courageux qui eux sont réfléchis*. Socrate prend alors la tangente pour précipiter l'aporie : si le courage est une partie de la vertu, et si la science est une, alors « le courage est la science de tous les biens et de tous les maux en toutes circonstances », « celui qui la possède possède alors la vertu tout entière, et il ne manque pas de sagesse, de justice et de piété », ce qui est contradictoire avec l'idée initiale que le courage n'était qu'une partie de la vertu.

La médiété du courage (qui « est en un sens un extrême » – *EN 1107a 20*) contraste avec trois types d'excès : soit par absence totale de crainte (ce sont des déments ou des gens inaccessibles à la douleur, pas des courageux), soit par témérité ou impétuosité (l'intrépidité y est disproportionnée par rapport au danger), soit encore par excès de crainte (ce sont des lâches, qui craignent ce qu'ils ne doivent pas : le lâche manque d'intrépidité) (*EN 1107b 1-5 ; 1109a1 ; 1115 a5*). Ainsi, devant un même danger, le lâche, le téméraire et le courageux adoptent une attitude différente, et c'est le courageux qui tient le milieu et adopte l'attitude qu'il doit (*EN 1116 a5*).

Il s'en suit qu'être courageux ne signifie pas n'avoir peur de rien. Ainsi on ne dira pas de ceux qui ne tiennent aucun compte du jugement d'autrui sur eux-mêmes, qu'ils sont courageux, mais plutôt qu'ils sont effrontés ou immodestes (*EN 1115a15*). Et par contre, sont courageux ceux qui ne pas se laisser effrayer par les railleries et les sarcasmes moqueurs, etc. Ces conditions sont récapitulées dans cette formule d'Aristote : le courageux est « celui qui affronte dans sa crainte ce qu'il doit et pour la cause qu'il doit (...), comme il doit et quand il doit » (*EN 1115 b 19*), conformément à toute action accomplie selon la vertu¹³³.

Cette définition générique appelle à fournir des précisions conditionnelles. Aristote s'emploie à distinguer le courage de dispositions qui lui ressemblent, au point qu'on emploie parfois aussi le mot de courage pour les décrire, alors qu'il y a des nuances à distinguer. L'optimiste par exemple, n'est pas forcément courageux. Certes il se montre intrépide dans les dangers, mais c'est parce qu'il a déjà vaincu de nombreux adversaires, il est sûr de sa victoire. Celui qui est désinhibé par l'ivresse peut afficher un optimisme de circonstances, mais ce n'est pas du courage non plus. L'ignorance peut motiver des actions pouvant passer pour du courage, mais le courageux l'est en connaissance de cause.

L'ardeur (*thumos*) peut être rapprochée du courage, car les courageux sont du genre ardent, et l'ardeur incite à affronter les dangers¹³⁴. L'ardeur est une disposition naturelle (partagée avec certains animaux) qui sert d'auxiliaire, mais le courage suppose une décision et l'intention d'un but : c'est une affaire humaine. Réagir par irritation, même avec pugnacité vengeresse, n'est pas du courage car le mobile n'est pas ce qui est beau. La faible sensibilité à la peur est un trait de caractère, la « vaillance est purement et simplement une propriété du tempérament »¹³⁵; c'est « le courage des casse-cou, des bagarreurs », ce courage là peut appartenir « au salaud comme à l'honnête homme »¹³⁶. Cette vaillance peut d'ailleurs manquer, et « la raison confère à l'homme résolu des forces que parfois la nature lui refuse »¹³⁷. Ainsi, on peut éprouver une frayeur, avec ses manifestations physiques (palpitations, diarrhée) et tout de même montrer du courage. « Ce courage premier, physique ou psychologique, n'est pas encore une vertu, ou cette vertu (cette excellence) n'est pas encore morale »¹³⁸.

¹³³ Cf. *EN 1106b21* : agir selon la vertu c'est agir « dans les cas où il faut, à l'égard de ce qu'il faut, pour les raisons et de la façon qu'il faut », et aussi « quand il faut ».

¹³⁴ Mais une bête sauvage qui charge le chasseur, si elle a de l'ardeur, n'est pas courageuse pour autant : c'est la souffrance et l'ardeur qui la poussent à s'élancer contre le danger (*EN 1116b30*). Aristote prend position sur les arguments disputés dans le *Lachès*.

¹³⁵ KANT Emmanuel, *Anthropologie du point de vue pragmatique*, op.cit., §76.

¹³⁶ COMTE-SPONVILLE André, *Petit traité des grandes vertus*, op.cit., p.64.

¹³⁷ KANT Emmanuel, *Anthropologie du point de vue pragmatique*, op.cit., §76.

¹³⁸ COMTE-SPONVILLE André, *Petit traité des grandes vertus*, op.cit., p.65.

Par la suite, Kant brosera aussi un portrait anthropologique assez détaillé¹³⁹. Hutcheson et Hume insisteront sur la cause à servir :

« Le courage seul, ou le mépris du danger, s'il ne sert ni à défendre les innocents, ni à réparer les torts, ni à l'intérêt personnel, autorise seulement celui qui en fait preuve à se faire interner chez les fous »¹⁴⁰.

« Le courage et l'ambition, quand ils ne sont pas réglés par la bienveillance, ne sont bons qu'à faire un tyran ou un ennemi public »¹⁴¹.

Mais attention, le sujet engagé dans la pratique et qui affronte un danger ne se demande pas : que dois-je faire pour être courageux, qu'est-ce que l'idéal du courage en tant que vertu me commande de faire ? Il ne cherche pas à extraire du concept de courage une règle de conduite qu'il s'agirait d'appliquer à son propre cas. Il se demande quelle est la bonne manière de s'en sortir, de faire face, de surmonter l'obstacle ? Courageux est

« celui qui est capable d'agir au mieux dans la situation périlleuse, celui qui est capable de reconnaître tel danger particulier pour ce qu'il est (au lieu de l'appréhender de travers, par couardise ou par témérité) et d'agir en conséquence »¹⁴².

Et c'est en pratiquant « les actions courageuses que nous devenons courageux » (EN 1103b)¹⁴³.

2.3. Courage, obéissance et expérience

Aristote examine des situations marginales, qui nous intéressent tout particulièrement en ce qu'elles concernent des cas qui nous rapprochent de l'exercice médical.

Ainsi le courage civique est une disposition assez voisine du courage, mais qui connaît une détermination externe forte : les citoyens affrontent des dangers car la loi impose des sanctions ou des marques d'opprobre. Je tire ce fil jusqu'à la phrase du serment que prononcent les médecins encore aujourd'hui lors de la soutenance de leur thèse d'exercice : « que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si je manque à mes promesses ». Agir par courage déontologique (pourrait-on dire) peut ressembler au courage vertueux, mais si le motif

¹³⁹ et plus resserré que celui d'Aristote :

« L'anxiété, l'angoisse, l'effroi et l'épouvante sont des degrés de la crainte, c'est-à-dire de l'aversion pour le danger. Le calme de l'esprit capable de les surmonter par la réflexion est le courage ; la force du sens interne (*ataraxia*), qui lui permet de ne pas être ainsi facilement effrayé, est l'intrépidité. Le manque de courage est la lâcheté, le manque d'intrépidité est la timidité. Vaillant est celui qui ne s'effraye pas ; celui qui, en réfléchissant au danger, ne fléchit pas a du courage ; brave est celui dont le courage est inflexible au milieu des dangers. Casse-cou est l'écervelé qui se risque dans les périls parce qu'il ne les connaît pas. Audacieux celui qui ose, bien qu'il connaisse les dangers auxquels il s'expose ; téméraire celui qui se précipite dans le plus grand danger, alors qu'il est visible que son but est impossible à atteindre (...). La lâcheté est donc une poltronnerie sans honneur ». Si la « vaillance est purement et simplement une propriété du tempérament », le « courage repose en revanche sur des principes et constitue une vertu. La raison confère à l'homme résolu des forces que parfois la nature lui refuse ». KANT Emmanuel, *Anthropologie du point de vue pragmatique*, op.cit., §77.

¹⁴⁰ HUTCHESON Francis, *Recherche sur l'origine de nos idées de beauté et de vertu*, op.cit., p.143.

¹⁴¹ HUME David, *Traité de la nature humaine, Livre III De la morale*, op.cit.

¹⁴² DESCOMBES Vincent, *Le raisonnement de l'ours...*, op.cit., p.132.

¹⁴³ Cette affirmation est reprise, notamment en EN 1104b1 : « Il en est de même au sujet du courage : en nous habituant à mépriser le danger et à lui tenir tête, nous devenons courageux, et une fois que nous le sommes devenus, c'est alors que nous serons le plus capables d'affronter le danger ».

est la crainte de la honte, le désir d'échapper à l'opprobre et au mépris, l'action n'est pas accomplie parce qu'il est beau de le faire, et c'est ce qui compte pour Aristote.

Dans la même direction, à un degré un peu plus éloigné du vrai courage, on trouve ceux qui agissent par contrainte de leurs supérieurs. Par exemple, des soldats qui affrontent l'ennemi parce que leurs chefs frappent ceux qui reculent. Parler ici de courage est limite, encore une fois parce que ce n'est pas par contrainte que l'on doit être courageux, mais parce que c'est beau (EN 1116b1). L'insistance d'Aristote sur le **motif** de l'action contrebalance l'examen objectif d'une situation. Un médecin qui affronterait un danger (donner des soins à un malade contagieux) par contrainte (il serait sanctionné par sa hiérarchie s'il refusait de le faire) agirait ainsi d'une manière qui ressemble à du courage, mais qui n'en est pas.

Apportons quelque nuance à ces situations d'obéissance qu'Aristote entend distinguer du courage. Simone Weil rapporte ceci :

« Un soldat disait un jour, racontant son propre comportement pendant une campagne : "J'ai obéi à tous les ordres, mais je sentais qu'il aurait été impossible pour moi, infiniment au-dessus de mon courage, d'aller au-devant d'un danger volontairement et sans ordres". Cette observation enferme une vérité très profonde. Un ordre est un stimulant d'une efficacité incroyable. Il enferme en lui-même, dans certaines circonstances, l'énergie indispensable à l'action qu'il indique »¹⁴⁴.

Ne pourrait-on pas dire de ce soldat qu'il a été courageux *quand même*? Inutile de dire que souvent ce qu'on fait est nourri par des motifs mêlés, et que le respect d'un engagement peut soutenir une motivation défaillante¹⁴⁵. Les mobiles de l'action sont pour Kant, ultimement inaccessibles¹⁴⁶.

Dans un autre registre examiné par Aristote, *l'expérience professionnelle* peut aussi passer pour une forme de courage, alors qu'en réalité, c'est l'expérience accumulée qui confère une capacité d'action hors normes à l'homme d'expérience¹⁴⁷. Ainsi, dans la guerre, celui qui est rompu au maniement des armes est plus combatif non pas parce qu'il est plus courageux, mais parce qu'il est plus fort, ou plus habile. Mais comme le dit Aristote à propos des soldats de métier, et nous transposons aux professionnels du soin :

« Mais les soldats de métier deviennent lâches quand le danger se montre par trop pressant et qu'ils ont l'infériorité du nombre et de l'équipement : ils sont alors les premiers à fuir, alors que les troupes composées de simples citoyens meurent à leur poste [entendons ici tous ceux qui accomplissent les tâches du *care* sans être des professionnels du soin]. Pour les citoyens en effet, il est honteux de fuir; les professionnels, au contraire,

¹⁴⁴ WEIL Simone, *L'enracinement, Prélude à une déclaration des devoirs envers l'être humain* (1949), Paris, Gallimard, « Idées », 1949. Version numérique, p.134.

¹⁴⁵ Echo contemporain, le courage politique. « Je ne pouvais pas rester un jour de plus dans ce parti où j'étais fatiguée de faire le grand écart entre ma position et des fondamentaux sur lesquels je n'étais pas d'accord. Pour moi, il ne s'agissait pas d'un acte de courage, mais d'une manière de me retrouver avec moi-même ». « Je n'avais eu aucun regret à quitter le PS qui n'avait su ni prendre des décisions courageuses, ni faire un mea culpa, puisque c'est toujours " le peuple qui s'est trompé". (...) Ce choix m'a valu des réactions de défiance et de mise à l'écart. (...) Il est clair que l'on m'a fait payer mes prises de position. (...) La réflexion de fond se fait absente ; il "faut" être réélu, ce qui est souvent un frein à une prise de décision courageuse, parce qu'il faut d'abord peser l'effet de ce que l'on propose : qui va-t-on froisser ?... » SCHAEFER Laurence, « Le renoncement au pouvoir. Contre la liberté de rester soi-même : le choix exemplaire de Françoise Verchère », *Sens- Dessous* 2011/1 ; 8 : 39-43.

¹⁴⁶ KANT Emmanuel, *FMM*, AK IV 407.

¹⁴⁷ Ici encore, Aristote reprend à son compte un argument présent dans le *Lachès*.

commencent par affronter le danger en pensant qu'ils sont les plus forts, mais la vérité une fois connue ils prennent la fuite, craignant la mort plus que la honte. Mais l'homme courageux est d'une autre trempe » (EN 1116B 16-25).

Autrement dit, l'homme de métier est-il démasqué comme pseudo-courageux dès lors qu'il est en-dehors du domaine dans lequel « sa science lui assure toujours l'avantage »¹⁴⁸. Dans le registre du soin, peut-être faut-il distinguer entre expert et homme d'expérience (cf. chapitre X) ? En tous cas, cela permettra de préciser : est courageux celui qui persévère dans la situation malgré le défaut de savoir, par exemple celui qui n'abandonne pas le malade quand celui-ci sort de son domaine d'expertise, ou quand il n'a plus rien à offrir comme outil thérapeutique. La fin visée peut ne pas être atteinte, ce qui distingue le courage de l'assurance avec laquelle peut s'engager dans l'action celui qui sait par avance qu'elle va être couronnée de succès. Si on ne soigne qu'en tremblant, courageux est celui qui, tremblant, ne renonce pas à soigner¹⁴⁹.

Wootton rapporte ainsi le cas d'un médecin de campagne, très loin des structures hospitalières, et qui se décide, devant un enfant fébrile qui est peut-être atteint de méningite, de pratiquer une ponction lombaire (geste technique dont il n'a pas l'habitude). Le courage se situe pour lui dans les zones grises où le médecin est aux marges de ses compétences, que ce soit dans l'appréciation de la situation ou dans ses savoir-faire¹⁵⁰. Un certain courage est corrélatif de l'incertitude¹⁵¹, mais ne doit pas être confondu non plus avec une prise de risque inconsidérée (par exemple, pour un chirurgien, s'engager dans une intervention risquée pour laquelle il n'a aucune compétence)¹⁵².

Et, comme la maladie est elle-même une forme de vie critique par rapport au courage d'être, le médecin n'est pas supposé dire au malade comment vivre (quoique certains s'y emploient, peut-être par manque de courage ?), mais l'aider à développer ses propres forces, soit pour guérir, soit pour mourir. Dans ces configurations turbulentes, le médecin courageux, le soignant courageux, est celui qui maintient sa présence fidèle aussi bien dans les cas où la guérison est possible que dans ceux où elle ne l'est pas, et où le patient est exposé à une expérience tragique. Le courage est requis pour rester présent au malade dans une situation de douleur, de souffrance, de tragédie, surtout quand les moyens thérapeutiques ont marqué leurs limites¹⁵³. Admettre la finitude et l'incertitude n'est pas facile, surtout si on veut « désespérément » aider l'autre en détresse : le courage de soigner ici s'oppose à la fureur de soigner, le courage de soigner n'est pas l'acharnement thérapeutique. Il ne s'agit pas non plus de surprotéger les malades de leur humanité souffrante, sans quoi ils ne seront jamais en-couragés, ne découvriront jamais leurs propres capacités de courage dans l'affrontement de la réalité¹⁵⁴.

¹⁴⁸ Cf. PLATON, *Lach.* 182b : « seul à seul, un homme expert en escrime n'a rien à craindre de son adversaire, ni peut-être même de plusieurs : sa science lui assure toujours l'avantage ».

¹⁴⁹ Rappelons ce que nous avons dit à propos des conditions de la compassion. Pour être capable de compatir, il ne faut pas manquer de courage (ARISTOTE, *Rhét.* 1385 b 34). Voir aussi ce qui a été dit de la duplication subjective au chapitre XII.

¹⁵⁰ WOOTTON John, « Clinical courage », *Canadian journal of rural medicine* 2011;16(2):45.

¹⁵¹ SHELP Earl E, « Courage : a neglected virtue ... », art.cit.

¹⁵² OAKLEY Justin, « Diagnosing true virtue? Remote scenarios, warranted virtue attributions, and virtuous medical practice », *Theoretical Medicine and Bioethics* 2016; 37:85-96.

¹⁵³ THORUP Charlotte et al., « Care as a matter of courage... », art.cit.

¹⁵⁴ Le point est délicat, aussi toute affirmation générale peut être prise en défaut. Ainsi, manifester une attitude protectrice est parfois nécessaire à relancer le courage de lutter chez le malade. DELMAR Charlotte, « Beyond the drive to satisfy needs: in the context of health care », art.cit.

Nous pensons toucher ici le cœur du courage pour le soignant, qui n'est pas, comme cela est fréquemment thématiqué, le correctif/complément nécessaire à la vulnérabilité du soignant¹⁵⁵. C'est le courage du *therapôn*, quand il ne peut plus être réellement thérapeute¹⁵⁶. Le couplage vulnérabilité/courage ne manque peut-être pas de pertinence, mais il met selon nous trop l'accent sur le pathique : le médecin – et plus encore le soignant non médecin – serait incité à se montrer, non pas alternativement mais conjointement, faible (il n'est pas assez vulnérable) et fort (la vulnérabilité peut le conduire à l'impuissance).

B.3 LE COURAGE DE L'INTELLIGENCE

Le tableau ne serait pas complet si on n'évoquait pas une autre forme de courage encore, celle de se servir de son intelligence propre. Pour cela, rien de tel que de relire quelques lignes de Kant, dans ce fameux texte sur les Lumières, dont nous avons déjà fait cas à plusieurs reprises. Nous empruntons ici l'axe de lecture du courage.

« Les Lumières se définissent comme la sortie de l'homme hors de l'état de minorité, où il se maintient par sa propre faute. La minorité est l'incapacité de se servir de son entendement sans être dirigé par un autre. Elle est due à notre propre faute quand elle résulte non pas d'un manque d'entendement, mais d'un manque de résolution (*Entschliessung*) et de courage (*Mut*) pour s'en servir sans être dirigé par un autre. Aie le courage de te servir de ton propre entendement ! Voilà la devise des Lumières »¹⁵⁷.

Kant nous dit que paresse et lâcheté (*Faulheit und Feigheit*) sont les causes qui expliquent qu'un si grand nombre d'hommes, alors que la nature les a affranchis depuis longtemps de toute direction étrangère (*naturaliter maiorennnes*), restent cependant volontiers, leur vie durant, mineurs ; et qu'il soit si facile à d'autres de se poser comme leurs tuteurs : la grande famille des guides de toute espèce table sur le manque de courage.

Il indique une filiation entre la paresse et la lâcheté.

« Il est si commode (*bequem*) d'être mineur. Si j'ai un livre qui me tient lieu d'entendement, un directeur qui me tient lieu de conscience, un médecin qui juge de mon régime à ma place, etc., je n'ai pas besoin de me fatiguer moi-même ».

La pensée autonome a un coût, dont je peux me dispenser : « Je ne suis pas obligé de penser, pourvu que je puisse payer ; d'autres se chargeront pour moi de cette besogne fastidieuse ». Ensuite, c'est le pas de plus, ces tuteurs qui par bonté assument la tâche de veille, s'emploient à faire considérer que ce qui est pénible (accéder à la majorité) est également très dangereux (*sehr gefährlich*). La paresse s'est transformée en crainte :

« Après avoir rendu tout d'abord stupide leur bétail domestique, et soigneusement pris garde que ces paisibles créatures ne puissent oser faire le moindre pas hors du parc où ils les ont enfermées, ils leur montrent ensuite le danger qu'il y aurait à essayer de marcher tout seul. Or le danger n'est pas si grand que cela, étant donné que quelques chutes finiraient bien par leur apprendre à marcher ; mais l'exemple d'un tel accident rend malgré tout timide (*schüchtern*) et fait généralement reculer devant toute autre tentative. Il est donc difficile pour l'individu de s'arracher tout seul à la minorité ».

¹⁵⁵ SOLVOLL Betty-Ann, LINDSETH Anders, « The issue of being touched », art.cit.

¹⁵⁶ Cf. chapitre XI.

¹⁵⁷ KANT Emmanuel, « Réponse à la question : qu'est-ce que les Lumières ? », op.cit., p.209-17.

Chapitre XIII

Ici le courage (qui fait défaut) doit être envisagé de deux points de vue : celui du malade (et le médecin est désigné par Kant comme celui qui dé-courage!) comme celui du médecin (lui aussi ayant à s'extraire de l'état de minorité). Dans les deux cas, performativement, l'absence d'exercice de la pensée « se transforme peu à peu en une incapacité réelle »¹⁵⁸.

Ce qu'écrit Simone Weil, laquelle n'a pas manqué de courage¹⁵⁹, à propos de la crainte qui fausse la capacité à se servir de son intelligence, prolonge les remarques kantienne :

« Lorsqu'un groupe se met à avoir des opinions, il tend inévitablement à les imposer à ses membres. Tôt ou tard les individus se trouvent empêchés (...), d'exprimer des opinions opposées à celles du groupe, à moins d'en sortir. Mais la rupture avec un groupe dont on est membre entraîne toujours des souffrances. (...) Une crainte, même légère, provoque toujours soit du fléchissement, soit du raidissement, selon le degré de courage, et il n'en faut pas plus pour fausser l'instrument de précision extrêmement délicat et fragile que constitue l'intelligence. (...) Et quand la lumière de l'intelligence s'obscurcit, au bout d'un temps assez court l'amour du bien s'égaré »¹⁶⁰.

Il y a donc un courage à penser, à se servir de son intelligence, à prendre la parole, à faire une conjecture. Avoir le souci de des biens internes de la pratique, est indissociable d'un prix à payer, d'un risque à courir. Dans la littérature professionnelle, médicale et surtout infirmière, cette forme de courage est explicitement mentionnée : s'engager pleinement dans les soins suppose aussi parfois de défier son propre groupe professionnel, de résister à une dégradation de la qualité des soins, d'oser interpeller l'institution ou le médecin prescripteur, d'initier une discussion éthique, de se démarquer de ses tuteurs, surtout quand ces derniers donnent l'exemple de ce qu'il ne faut pas faire, ce qu'on appelle les curriculums cachés¹⁶¹.

Se démarquer du groupe des pairs est une difficulté maintes fois soulignée dans les études portant sur le courage des soignants. Les soins sont le plus souvent l'affaire d'une équipe, et quand l'équipe va mal, travaille mal, il faut du courage pour interpeller son groupe¹⁶². Donc, courage de penser par soi-même, mais aussi de s'affirmer comme source de sa parole et son action. Zaoui le formule ainsi :

« Si le courage est affaire de pensée et d'exercice mais non de force, (...) il faut tenir bon contre toute assignation à renoncer (...) parce qu'on serait trop nul, trop faible, trop perdu, trop impuissant. (...) C'est justement aux lieux mêmes où l'on se croit totalement perdu qu'il faudrait pouvoir se penser courageux »¹⁶³.

Ce qui est vrai pour l'action l'est aussi pour la pensée. Ne pas comprendre requiert du courage intellectuel. Non pas celui de faire l'aveu de notre incompréhension, mais le courage de « résister fermement à sa propre impatience intellectuelle » pour « ne pas suivre la voie de la moindre résistance intellectuelle, de la compréhension rapide et sans effort »¹⁶⁴.

¹⁵⁸ PIERON Julien, « L'audace de la pensée : sur Kant et les Lumières », *Dissensus* 2009 ;2 : 65-77.

¹⁵⁹ CHENAVER Robert, « Le courage de Simone Weil. Ou la "griffe du réel" », *Sens-Dessous* 2011/1 ; 8 : 55-62.

¹⁶⁰ WEIL Simone, *L'enracinement, Prélude à une déclaration des devoirs envers l'être humain*, op.cit., p.25 (nous soulignons).

¹⁶¹ SELLMAN Derek, « Professional values and nursing », *Medicine Health Care and Philosophy* 2011;14:203-8. DAY Lisa, « Courage as a virtue... », art.cit.; KARCHES Kyle E, SULMASY Daniel P, « Justice, Courage, and Truthfulness... », art.cit.

¹⁶² KUHAR Michael J, « Collegial Ethics: What, Why and How », art.cit.

¹⁶³ ZAOUI Pierre, « Pas de courage », art.cit.

¹⁶⁴ REIK Theodor, *Ecouter avec la troisième oreille. L'expérience intérieure d'un psychanalyste*, Paris, Epi, 1976, p.466.

B.4 LE COURAGE DANS LES TURBULENCES MANAGERIALES

Nous avons vu de nombreuses facettes du courage. Si les vertus sont des dispositions, qui s'acquièrent par l'exercice, il faut aussi dire en quoi l'environnement, le contexte, influencent ces dispositions et la capacité de les exercer. Car les dispositions morales sont encouragées ou découragées par les institutions qui sont aussi les lieux de formation et d'exercice professionnel¹⁶⁵. Nous ne pouvons ignorer les constructions silencieuses des pouvoirs qui nous transforment et qui contribuent à former aussi ce que nous considérons comme nos propres vertus¹⁶⁶.

La réforme de la performance tente de fabriquer un praticien d'un genre nouveau, qui incorpore dans son action les biens externes du rendement, et les impératifs de la tarification à l'activité. La pensée et le jugement personnel sont découragés à l'endroit même où l'institution le responsabilise moralement¹⁶⁷. Le nouveau management résulte d'une politique délibérée, mais dont les conséquences sont ruineuses puisqu'elle érode les biens internes à la pratique soignante, ces biens même qu'il est courageux de vouloir préserver. On assiste à une marginalisation des pratiques de soins qui sont en conflit avec le rendement ; à des pressions pour se focaliser sur les soins techniques pour plus de patients en moins de temps ; à une disqualification de la relation au malade (au profit du remplissage d'échelles d'évaluation), etc. Comme les travailleurs salariés décrits par Marx dans les *Manuscrits de 1844*¹⁶⁸, les médecins sont dépossédés de leur auto-activité et sont agis par d'autres qu'eux-mêmes : les recommandations savantes, les procédures et les protocoles, la tarification à l'activité¹⁶⁹.

Il faut ajouter que la rhétorique managériale est redoutable également pour une autre raison : elle utilise aussi la notion de courage ! Ainsi, serait courageuse une équipe soignante qui accepte de remettre en cause les manières anciennes et rôdées de pratiquer les soins, qui accepte le changement imposé, qui s'engage courageusement dans la réforme de la qualité, de l'efficacité, du rendement¹⁷⁰, et qui consent à de mauvaises conditions de travail. Les managers de l'hôpital savent distiller le soupçon de lâcheté derrière la prétendue résistance au changement. Certes, il faut du courage pour entreprendre du neuf, pour se remettre en question, mais tout de même, le piège est grossier, et ce n'est pas un hasard¹⁷¹ si le courage réapparaît dans la littérature managériale¹⁷². « La réalité économique de plus en plus dure et le contexte de

¹⁶⁵ SELLMAN Derek, « Professional values and nursing », art.cit.

¹⁶⁶ Foucault est ici un précieux guide. Voir par exemple SCOTT Charles E, « Foucault, genealogy, ethics », *Journal of Medicine and Philosophy* 2009 ;34 :350-367.

¹⁶⁷ Nietzsche semble en avoir eu la prémonition! « Car la vie à la chasse du gain force sans cesse l'esprit à se tendre jusqu'à l'épuisement, dans une constante dissimulation, avec le souci de duper ou de prévenir : la véritable vertu consiste maintenant à faire quelque chose en moins de temps qu'un autre ». NIETZSCHE Friedrich, *Le Gai Savoir*, op.cit., §329 (Loisirs et oisiveté).

¹⁶⁸ MARX Karl, *Manuscrits économique-philosophiques de 1844*, op.cit.

¹⁶⁹ La critique marxienne permet de mettre l'accent sur d'autres considérations que celles qui consistent à rapporter le mécontentement des médecins à l'érosion de leur pouvoir de domination.

¹⁷⁰ MUNRO Cindy L, SAVEL Richard H, « Our view of courageous care », art.cit.

¹⁷¹ ALVARENGA Raphael, « La mesure de l'impossible... », art.cit.

¹⁷² En voici quelques titres suggestifs (nous n'avons pas eu le courage d'en compulser les contenus) : Merom Klein & Rod Napier, *The Courage to Act: 5 Factors of Courage to Transform Business*, Davies-Black, 2003 ; Gerard Reyre, *Du courage d'être manager*, Groupe Liaison, 2004 ; David Cottrell & Eric Harvey, *Leadership Courage. Leadership Strategies for Individual and Organizational Success*, The Walk the Talk Co., 2005 ; Gus Lee & Diane Elliott-Lee, *Courage. The Backbone of Leadership*, Jossey-Bass, 2006 ; Margie Warrell, *Find Your Courage: 12 Acts for Becoming Fearless at Work and*

compétition universelle pour garder sa place au soleil contraignent managers et salariés de manière générale à endosser de nouveaux comportements » : mobiliser son courage, faire preuve d’initiatives, repousser ses limites, se fixer des objectifs ambitieux, tenir le coup...¹⁷³

Mais s’il s’agit d’accepter de plus en plus d’asservissement pour conserver son job, est-ce encore du courage ? En appeler au courage pour endurer la dégradation organisée du service public, c’est retourner, pervertir le courage dont on aurait besoin pour résister à cette dégradation. Car c’est bien là une des sources principales du découragement des soignants. Et ce découragement érode le courage du *therapôn*, que nous avons situé au cœur de la notion pour tous ceux qui sont présents aux côtés des souffrants. La politique hospitalière est alors dramatique pour les malades, car ce courage de la présence soignante est vitalemment nécessaire à celui qui traverse l’épreuve de la maladie.

Dans la *Métaphysique des mœurs*, Kant appelle courage (*fortitudo*)

« la force et la décision réfléchie d’opposer une résistance à un adversaire puissant, mais injuste, et lorsqu’il s’agit de l’adversaire que rencontre l’intention morale en nous, le courage est alors vertu (*virtus, fortitudo moralis*¹⁷⁴)». ¹⁷⁵

L’adversaire est puissant. Peut-on trouver inspiration dans la *parrēsia* antique? Foucault dit que dans des gouvernements non démocratiques, la *parrēsia* anime l’homme qui se dresse en face d’un tyran et lui dit la vérité, et se démarque du mensonge et de la flatterie. La *parrēsia*, c’est aussi une certaine manière de dire la vérité : non pas démonstrative, non pas persuasive, sans finalité pédagogique comme pouvait l’être l’ironie socratique. Il y a *parrēsia* lorsque le dire vrai se dit dans des conditions telles que le fait de l’avoir dite peut avoir des conséquences coûteuses pour celui qui a dit la vérité¹⁷⁶. Le champ de la *parrēsia*, s’il faut le situer dans les vertus, a trait au courage, mais aussi à la magnanimité (*megalopsyche*¹⁷⁷). La *parrēsia* (étymologiquement *pan rēma* : tout dire) vise la transformation de l’interlocuteur, mais comporte aussi un risque pour le locuteur. Cette notion antique intervient dans la politique et les affaires publiques, mais aussi dans le registre du gouvernement de soi, du souci de soi. « Il faut dire vrai sur soi-même » pour se connaître, mais cela suppose un interlocuteur, philosophe, ami, guide provisoire, et cela bien avant la direction de conscience chrétienne. Tout-dire, dire la vérité, mais aussi se lier à cette vérité, et ce dire comporte un risque : on affronte le risque de blesser l’autre, de l’irriter. La *parrēsia*

« implique une certaine forme de courage, courage dont la forme minimale consiste en ceci que le *parrēsiaste* risque de défaire, de dénouer cette relation à l’autre qui a rendu

in *Life*, McGraw-Hill, 2008 ; Phil Ruquet & Jean-Paul Lugan, *Manager avec courage. Les secrets d’un leadership efficace en période de crise*, Eyrolles, 2009.

¹⁷³ ALVARENGA Raphael, « La mesure de l’impossible... », art.cit.

¹⁷⁴ Cette dernière est définie comme « la force morale de la volonté d’un homme dans l’accomplissement de son devoir ». KANT Emmanuel, *MMDV*, AK VI 405.

¹⁷⁵ KANT Emmanuel, *MMDV*, AK VI 380.

¹⁷⁶ FOUCAULT Michel, *Le courage de la vérité, Le gouvernement de soi et des autres II*, op.cit.

¹⁷⁷ EN 1124b26-29 : après le courage et la tempérance (*sôphrosunē*), on trouve la générosité (entre prodigalité et avarice), la magnificence (*megaloprepeia* – grandeur qui convient), la magnanimité (mégalyopsyche). La magnanimité correspond à la juste mesure pour ce qui concerne l’honneur et la dignité. Le magnanime est à son affaire dans les situations de grand danger, il est porté à la bienfaisance, et ne manque pas de franchise, il cultive la vérité plutôt que l’opinion, il possède la liberté de langage que lui donne son mépris des conséquences.

possible précisément son discours »¹⁷⁸. « Le parrésiasite [est] le diseur courageux d'une vérité où il risque lui-même et sa relation avec l'autre »¹⁷⁹.

On manque souvent de courage. Mais c'est peut-être « aux confins du découragement » qu'on est près du courage¹⁸⁰. Aux côtés du malade souffrant, le courage, c'est aussi d'accepter que je suis, ici et maintenant, irremplaçable, alors que j'aimerais m'échapper, déléguer, esquiver. Si je ne suis pas là, je manque à ma place. Alors qu'aujourd'hui il est de plus en plus question de l'interchangeabilité des soignants, il est plus difficile de revendiquer leur insubstituabilité, et plus facile de ruser en jouant avec les exigences du système pour ne pas être au rendez-vous. Etre concerné en son nom, par le malade qui requiert, avant même la compétence technique, la présence – dont le nom à lui seul indique celui qui n'a pas reculé –, voilà en quoi chaque soignant est irremplaçable : le revendiquer, c'est reprendre courage. On croit que la lâcheté nous protège et protège nos intérêts, en tout cas notre confort, notre exposition aux dangers et aux difficultés. Mais renoncer à son courage, c'est presque renoncer à sa *tekhnē*. Même si le monde du soin apparaît complexe, les enjeux multiples, les avantages et les risques bien distribués, les zones grises plus vastes que les zones blanches ou noires, « il y a peut-être toujours une idée qui demeure claire, intangible, non-négociable »¹⁸¹, même si elle est « la plus naïve du monde » (par exemple, « quitter cette chambre, c'est moche »). En ce sens, le courage n'est plus seulement la vertu des héros médiatisés, mais celle des soignants ordinaires.

C. *SOPHROSUNE* (TEMPERANCE)

La *sôphrosunē* est une des vertus essentielles du caractère, que ce soit pour Platon ou pour Aristote. Autant le courage invite à considérer une attitude active vis-à-vis d'un danger qu'on serait tenté de fuir, autant la *sôphrosunē* fait porter l'accent sur la modération d'un élan. Si le courage concerne le redoutable, la *sôphrosunē* a à voir avec le désirable. Dans la division platonicienne de la partie irrationnelle de l'âme¹⁸², division dichotomique entre ardeur et appétit, les excellences respectives sont le courage et la tempérance. Dans la littérature médicale, autant le courage est présent, autant la *sôphrosunē* (en anglais : *temperance*) ne fait que de rares apparitions. Nous avons déjà croisé non pas la notion elle-même mais une de ses significations, – la modération – à plusieurs reprises : tempérer le zèle à faire du bien comme à surveiller ; modérer le zèle diagnostique ; modérer l'excès d'amour ; il a été question d'altruisme bien tempéré, de pudeur..., mais aussi de freiner l'hubris. Il y a au cœur de la médecine (et dans son nom même, si on se souvient des analyses de Benveniste sur la racine indo-européenne **med-*) quelque chose qui justifie à présent de l'étudier pour elle-même.

¹⁷⁸ FOUCAULT Michel, *Le courage de la vérité, Le gouvernement de soi et des autres II*, op.cit., p.13.

¹⁷⁹ Ibid., p.14-5.

¹⁸⁰ FLEURY Cynthia, « Le courage du commencement », art.cit.

¹⁸¹ ZAOUÏ Pierre, « Pas de courage », art.cit.

¹⁸² Dans la représentation de l'âme chez Aristote, nous avons, pour sa partie irrationnelle, non pas ardeur et appétit, mais (EN 1102 a - 1102b) une partie végétative – cause de la nutrition et de l'accroissement – qui n'a rien à voir avec l'excellence spécifiquement humaine, et, une partie « appétitive ou, d'une façon générale, désirante ».

Cela suppose de faire le détour par les hésitations des traducteurs. Nous serons alors plus à même de nous laisser instruire par le *Charmide*, dialogue qui ouvre des perspectives maximales sur le champ concerné par la *sôphrosunē*. L'*Ethique à Nicomaque* par contre limite son domaine à certains plaisirs corporels essentiels à l'homme. Nous verrons ensuite, en partant de la distinction sur laquelle s'attarde Foucault entre *enkrateia* (maîtrise) et *sôphrosunē*, comment la tempérance s'étend chez d'Aquin et surtout comment elle s'intensifie, associée au courage, chez Simone Weil. La tempérance y est une vertu vitale, non plus seulement par rapport aux plaisirs vitaux, mais en regard de l'existence confrontée au réel.

C.1 QUESTIONS DE TRADUCTION

Nous avons employé les verbes modérer, tempérer. De fait, l'étude de la *sôphrosunē* (σωφροσύνη) chez Platon se heurte à une difficulté de traduction. En effet, le terme est traduit tantôt par modération tantôt par tempérance, ou encore par sagesse, notamment par Louis-André Dorion qui traduit le *Charmide* dans les *Œuvres complètes* dirigées par Luc Brisson, et dans l'édition GF¹⁸³. Avant Dorion, Chambry avait déjà traduit, pour le *Charmide*, *sôphrosunē* par sagesse « faute de mieux » : *sôphrosunē* signifie étymologiquement « esprit sain » et marquait selon lui, « au temps de Platon, l'idée complexe de tempérance, de mesure, de modestie »¹⁸⁴. Antonyme de la frénésie ou *mania* (μανία), la *sôphrosunē* est une des vertus qui imprègnent la culture et l'éducation grecques d'un idéal de soi¹⁸⁵.

Dans les *Lois*, en 696b-e, l'Athénien soutient d'abord qu'aucune vertu n'a de valeur sans la *sôphrosunē* (par exemple, que nous ne voudrions pas vivre avec quelqu'un qui serait courageux mais intempérant) puis qu'il n'y a rien de particulièrement admirable dans la *sôphrosunē* prise isolément, séparément de toutes les autres vertus¹⁸⁶.

Pour Annie Larivée¹⁸⁷, si modération et tempérance sont les termes les plus souvent retenus par les traducteurs, c'est la teneur très intellectuelle des définitions proposées par Critias qui pose un « épineux problème » au traducteur du *Charmide*. Mais elle critique le choix « audacieux » de Dorion pour le terme de sagesse : comment traduira-t-on alors *sophia* ? (Dorion conserve le grec). De plus, le substantif « sagesse » (contrairement à l'adjectif « sage », et contrairement aussi au terme grec de *sôphrosunē*) ne contient pas la signification d'une maîtrise de soi face aux plaisirs corporels. Pour justifier son choix, Dorion affirme que l'on observe dans l'évolution sémantique de cette notion une tendance « qui va très nettement dans

¹⁸³ PLATON, « Charmide », trad. Emile Chambry, *Premiers dialogues*, Paris, GF Flammarion, 1967 ; trad. Louis-André Dorion, *Charmide, Lysis*, Paris, GF Flammarion, 2004 ; trad. Louis-André Dorion, *Oeuvres complètes*, Luc BRISSON (dir), Paris, Flammarion, 2008.

¹⁸⁴ CHAMBRY Emile, « Notice sur le Charmide », in PLATON, *Premiers dialogues*, Paris, GF Flammarion, 1967, p.263.

¹⁸⁵ CLARK Justin C, « Knowledge and temperance in Plato's *Charmide* », *Pacific Philosophical Quarterly* 2018;99 (2).
CONSTANTOPOULOS Michel, « Le souci de soi de Michel Foucault ou comment faire de sa vie une œuvre », *Che vuoi*, 2003/1 ; 19 : 203-17.

¹⁸⁶ Là, il semble que la tempérance soit moins un bien en elle-même qu'une condition pour que les autres vertus aient une quelconque valeur réelle. STALLEY Richard F, « La justice dans les Lois de Platon », *Revue Française d'Histoire des Idées Politiques* 2002/2 ; 16 : 229-46.

¹⁸⁷ LARIVEE Annie, « Analyses et comptes rendus : Platon, *Charmide, Lysis*, présentation, traduction, notes et bibliographie par Louis-André Dorion, Paris, GF, 2004 », *Revue philosophique de la France et de l'étranger* 2006/4 ;131 : 513-6.

le sens de l'intellectualisation »¹⁸⁸. Dans le contexte du dialogue lui-même, ce choix est solidaire de l'idée que Platon ferait « l'impasse, dans le *Charmide*, sur ce qui apparente la *sôphrosunê* à l'*enkrateia* – à savoir, la maîtrise de soi à l'égard des plaisirs corporels »¹⁸⁹. Mais est-ce vraiment le cas ? Comme Dorion le reconnaît, l'*aidôs* (honte, pudeur, seconde définition de la *sôphrosunê* proposée par Charmide) est étroitement liée à une telle maîtrise de soi¹⁹⁰.

Chez Aristote, il y a aussi une difficulté de taille pour le lecteur français, en raison de la divergence de traduction entre Bodéüs et Tricot. Tempérance et intempérance traduisent *enkrateia* et *akrasia* chez Tricot (qui propose modération pour *sôphrosunê*), *sôphrosunê* et *akolasia* chez Bodéüs¹⁹¹.

Jean-Louis Labarrière, qui préfère aussi « modération », rappelle qu'une part de responsabilité de ces traductions malaisées revient à Cicéron dont il cite un passage des *Tusculanes* :

« [...] l'homme tempérant... celui qu'on appelle en grec *sôphron* et dont la vertu se dit *sôphrosunê*, que j'appelle en général tantôt *temperantia*, tantôt *moderatio* et parfois aussi *modestia* ; il serait peut-être correct de l'appeler probité (*frugalitas*)... son caractère propre paraît être de gouverner et d'apaiser les mouvements du désir dans l'âme et, en s'opposant à la passion, de conserver en toute chose un accord bien régulier avec soi-même... (*Tusculanes*, III, 16-18 ; trad. Humbert, 1931) »¹⁹².

Pour éviter la confusion, nous avons choisi de conserver le terme non traduit de *sôphrosunê*, sans pouvoir éviter toujours tempérance, tombé en désuétude après avoir été confiné au registre de l'abstinence d'alcool. Le choix de Bodéüs est plus simple que celui de Labarrière, car il est concordant avec la tradition qui retient généralement tempérance et intempérance pour traduire *sôphrosunê* et *akolasia* (et continence/incontinence pour traduire *enkrateia* et *akrasia* ; cela passe notamment par le latin, Cicéron puis d'Aquin, chez qui par exemple *continentia* désigne une vertu auxiliaire qui concerne la maîtrise volontaire des désirs). Nous préférons toutefois acrasie à incontinence. Le terme est passé dans l'usage, via l'*akrasia*, translittération (ἄκρασία) adoptée par les auteurs de langue anglaise.

¹⁸⁸ CHAMBRY Emile, « Notice sur le Charmide », op.cit., p.18.

¹⁸⁹ Ibidem.

¹⁹⁰ LARIVÉE Annie, « Analyses et comptes rendus : Platon, *Charmide*... », art.cit.

¹⁹¹ Passer d'une traduction à l'autre est souvent utile quand on travaille Aristote sans posséder le grec. Mais on se heurte alors à cela (par exemple) :

EN 1149a20: « Ainsi donc l'intempérance et la tempérance portent exclusivement sur les mêmes objets que le dérèglement et la modération [*sôphrosunê*] » (Tricot)

EN 1149a20 : « Ainsi donc il est clair qu'il n'y a incontinence ou continence que dans le domaine de l'intempérance ou de la tempérance [*sôphrosunê*] » (Bodéüs).

EN 1149a20 : « En résumé, on voit que l'intempérance et la tempérance ne s'entendent que des choses auxquelles peuvent s'appliquer aussi les idées de débauche et de sobriété [*sôphrosunê*] » (St Hilaire).

Grec	Tricot	Bodéüs
Akrasia ἄκρασία	Intempérance	Incontinence
Enkrateia ἐγκράτειαν	Tempérance Force du caractère	Continence Maîtrise de soi
Akolasia	Dérèglement	Intempérance
Sôphrosunê σωφροσύνη	Modération	Tempérance

¹⁹² LABARRIÈRE Jean-Louis, « Nom de plaisir, le nom : Aristote suivi par Thomas d'Aquin », *Les Études philosophiques* 2014/2 ; 109 : 187-200.

Mais on peut quand même dire quelque chose de positif sur le mot de tempérance, en soulignant ses accointances étymologiques. Alain souligne la parenté entre tempérance et tempérament :

« Car le tempérament [au sens ancien lymphatique, bilieux, sanguin, et nerveux] est un équilibre, et une modération d'une fonction (assimilation, élimination, force, perception) par une autre »¹⁹³.

Patrick Boucheron, commentant la fresque « Les Effets du bon et du mauvais gouvernement » de Lorenzetti, remarque à propos de *Temperantia* (figure féminine assise entre *Magnanimitas* et *Iustitia*), qu'elle soulève un sablier¹⁹⁴. Le motif du sablier ne renvoie pas à la tempérance comme modération¹⁹⁵ mais à une autre tradition, celle de Cicéron : « nous devons prendre garde de ne jamais bouger trop lentement ou trop rapidement »¹⁹⁶. Gouverner, c'est maîtriser le temps. Dans la même ligne, Alain propose que la patience soit vue comme une forme de la tempérance, en ce sens qu'elle « s'oppose à la trépidation de l'attente passionnée ». La tempérance est pour lui « la vertu qui surmonte tous les genres d'ivresse »¹⁹⁷. A l'heure de l'accélération, la tempérance renvoie à un usage plus serein de la temporalité.

C.2 LES LEÇONS DU CHARMIDE

Le *Charmide* est un dialogue consacré à la *sôphrosunê*, vertu qui fait l'objet aussi de quelques passages dans la *République*, le *Gorgias*, et dans les *Lois*¹⁹⁸. Le dialogue du *Charmide* est situé lorsque Socrate revient de la bataille de Potidée (- 432), un des épisodes qui inaugure la guerre du Péloponnèse qui opposera Athènes à Sparte jusqu'à la défaite d'Athènes en -404. Socrate a donc alors 38 ans. Ses interlocuteurs sont Critias et Charmide, qui feront partie du groupe des Trente tyrans, dont le règne éphémère (un an, en -404) a suivi la défaite d'Athènes et fut sanglant. Critias est un sophiste, et Charmide, son pupille et futur adjoint dans cette dictature, est alors un beau jeune homme, objet de tous les désirs, que Critias présente comme un modèle de *sôphrosunê*.

On demande à Socrate des nouvelles de la guerre, et lui s'enquiert des nouvelles de la philosophie et des beaux jeunes gens. Critias veut lui présenter Charmide, et quand celui-ci fait

¹⁹³ ALAIN (Émile CHARTIER), *Définitions*, Paris, Gallimard, 1953. Edition électronique, Les classiques des sciences sociales, p.109.

¹⁹⁴ À propos de la fresque : « Les Effets du bon et du mauvais gouvernement » de Lorenzetti, 1338 à Sienne. BOUCHERON Patrick, *Conjurer La Peur: Sienne, 1338: Essai Sur La Force Politique Des Images*, Paris, Seuil, 2013.

¹⁹⁵ Cet attribut symbolique n'est pas habituel. D'ordinaire, la tempérance est représentée avec à la main deux récipients, versant le liquide de l'un dans celui de l'autre, en mélangeant souvent l'eau et le vin – on dirait aujourd'hui qu'elle « met de l'eau dans son vin ».

¹⁹⁶ « Varron, dans son traité *La langue latine*, affirme l'existence d'un lien étymologique entre *tempus* et *temperantia*, et voilà pourquoi un instrument de mesure du temps peut désigner de manière adéquate la vertu de tempérance » : BOUCHERON Patrick, *Conjurer La Peur...*, *op.cit.*, p.181.

¹⁹⁷ ALAIN, *Définitions*, *op.cit.*, p.86.

¹⁹⁸ Dans les *Lois*, la *sôphrosunê* « rationnelle » est un bien divin. Le vrai législateur doit d'abord viser les « biens divins » : en premier la sagesse (*phronêsis*), suivie par la «sôphrosunê rationnelle » (*sôphrosunê meta nou*). De ces deux vertus naît la justice (*dikaïosune*), cependant que vient au quatrième rang le courage (*andreia*). Le législateur doit proclamer aux citoyens que les biens « humains » (santé, beauté, force, richesse) leur sont subordonnés. STALLEY Richard F, « La justice dans les Lois de Platon », art.cit.

son entrée, Socrate le trouve admirable, bien qu'il se déclare *atechnos*, dépourvu de *tekhne*, en ce qui concerne l'évaluation (*stathme* = mesurer avec une règle) des jeunes garçons.

Charmide est charmant et suscite l'admiration des jeunes comme des hommes mûrs. S'il était nu, on ne verrait même plus son visage, tant les formes de son corps sont parfaites. Socrate se demande si son âme est aussi belle que son corps, ce qui le rendrait vraiment irrésistible, et se propose de déshabiller son âme en l'invitant à participer à une discussion. Le prétexte pour l'attirer auprès de Socrate est de lui faire croire qu'on le présente à un médecin qui saurait s'occuper du mal de tête dont il disait souffrir le matin même au lever. Socrate est donc prié par Critias de faire semblant de connaître un remède approprié. Socrate accepte, mais quand Charmide s'assied à côté de lui, il est plongé dans l'embarras et son audace qui lui avait fait songer qu'un entretien avec Charmide serait facile s'est volatilisée.

A l'embarras suit l'embrassement : « Lorsque Critias lui eut expliqué que j'étais celui qui connaissait le remède, il jeta sur moi des yeux que je ne saurais décrire » (*Charm.*155d). Socrate fond sous le regard de Charmide, et quand Socrate entrevoit l'intérieur de son vêtement, il s'enflamme (*ephlegomen*), ne se possède plus (*ouket' en emautou*, = n'est plus à l'intérieur de lui-même ; il est « à côté de ses pompes » dirait-on), a l'impression d'être un jeune faon tombé sous les griffes d'un lion, et se met presque à bafouiller quand Charmide lui demande s'il connaît réellement le remède au mal de tête.

Le trouble de Socrate, la perte de maîtrise de soi qui le gagne, ne sont pas uniquement liés à l'émoi érotique provoqué par le beau Charmide¹⁹⁹. Mais peut-être est-il d'autant plus perturbé qu'un savoir/pouvoir bienfaisant lui est prêté : l'intensité du regard est-elle différente ? Et peut-être est-ce davantage encore du fait que ce savoir/pouvoir n'est que supposé et pas effectif ? Socrate craint-il d'être démasqué comme usurpateur ? Cette situation en effet trouve son plein régime quand l'opération complète demande/réponse excède le registre des besoins exprimés/satisfaits. Ici, ce qui fait dérailler Socrate à coup sûr est qu'il sait ne pas pouvoir répondre au besoin, ce qui laisse ouvert le champ du désir, suractivé par la beauté de Charmide. Socrate, convoqué par l'appel désirant de Charmide qui redouble son propre souhait de faire sa connaissance, se trouve complètement pris au piège. La beauté de Charmide et son regard troublent Socrate mais il parvient à poursuivre, montrant qu'il possède un *self-control*²⁰⁰ : on est d'emblée au cœur de la *sôphrosunē*, alors que le dialogue échouera à en proposer une définition totalement satisfaisante²⁰¹. Nous avons déjà évoqué ce passage en parlant de la pudeur. Et nous renvoyons aussi à ce que nous disions du beau corps dont l'agrément peut détourner le médecin de son attention. La *sôphrosunē* indique ici une vertu érotico-esthétique.

Anticipons un instant sur ce qui va suivre. Un lien clair entre ce dont parlera Aristote (la *sôphrosunē* comme modération dans les plaisirs et les appétits) et le *Charmide* s'établit dans la

¹⁹⁹ Critias lui avait promis que Charmide était encore plus beau nu, et Socrate s'est débrouillé pour le vérifier. Mc Cabe fait remarquer que Socrate ne dit pas ce qu'il a vu, ce sont les lecteurs de Platon qui supposent qu'il voit ses organes génitaux. Mais ce qui est à l'intérieur du manteau est transitif : ce ne sont pas seulement les parties les plus excitantes de son anatomie, c'est aussi son âme, la partie dont Socrate dit qu'elle l'intéresse. Voir à l'intérieur de Charmide peut être une perception de *sôphrosunē*, et non une simple perception d'objet. MC CABE Mary Margaret, *Platonic conversations*, op.cit.

²⁰⁰ MC CABE Mary Margaret, *Platonic conversations*, op.cit., p. 184.

²⁰¹ De même, on l'a vu, que les protagonistes du *Laches* sont courageux, parlent courageusement, mais échouent à définir le courage.

réaction de Socrate au début du dialogue. Pour agir de manière belle (c'est-à-dire : soigner le mal de tête de Charmide en soignant son âme), il lui faut modérer ses propres appétits. Comment faire ? et c'est là que le *Charmide* donne en quelque sorte une ligne de méthode : se connaître (s'occuper de ses propres affaires, se soucier de soi, avoir le sens de la pudeur), ce qui revient à faire agir la partie intellectuelle de son âme sur sa partie appétitive et désirante. Quels sont ces domaines cruciaux ? Là c'est Aristote qui l'indique : le contact, le toucher, soit ce qui porte assez facilement à l'excès : nourriture, boisson, sexe. La tempérance en la matière est naturellement exigible du médecin selon Galien, pour un motif pratique :

« Comment aimerait-il le travail celui qui s'enivre, qui se gorge d'aliments et se livre aux plaisirs de Vénus, qui, pour le dire en un mot, est l'esclave de son ventre et de ses penchants lubriques. Il demeure donc établi que le vrai médecin est l'ami de la tempérance, et qu'il est en même temps le disciple de la vérité »²⁰².

Reprenons le fil du texte. Socrate entreprend de questionner Charmide sur la *sôphrosunē*, lui qui passe pour être déjà *sôphronestatos* (le plus sage, le plus tempérant, le plus *sôphron*) des jeunes de son âge. Charmide y consent, et Socrate propose sa méthode : si la *sôphrosunē* est présente en Charmide, il doit être capable d'en avoir (*ekheis*) une *doxa* (une opinion). En effet, (*Charm.*159a) la présence de la *sôphrosunē* doit susciter une **certaine perception** (*aisthēsis*), qui est la source de l'opinion (*doxa*) qu'on se forme au sujet de la *sôphrosunē*, de ce qu'elle est et de ses qualités.

Vient alors la première définition proposée par Charmide (*Charm.*159b) : la *sôphrosunē* est le fait d'accomplir (*prattein*, cf. *praxis*) toutes choses avec mesure (*kosmios*, terme associé au *phronimos*) et avec calme, aussi bien marcher dans la rue, discuter (*dialegestai*, dialoguer), et pareillement pour tout ce qu'on fait (*poien* cf. *poiesis*). Donc la *sôphrosunē* serait une espèce de calme (*hesukhiotes*), une disposition quiète²⁰³. Comme attendu, cette définition ne convient pas à Socrate : nombreux sont les cas où vivacité et rapidité sont plus prisées que lenteur et calme²⁰⁴. Etant admis que la *sôphrosunē* est une belle chose, digne d'être louée, la *sôphrosunē* ne saurait par conséquent être une espèce de calme, ni la vie sage une vie calme.

Cette idée d'une disposition calme dans l'action est celle qui est le plus souvent retenue dans la littérature médicale²⁰⁵. La tempérance y est associée à l'imperturbabilité, à l'équilibre, au calme et au *self-control* : rester calme en face du chaos, maintenir une présence confiante malgré des stimuli massifs. Elle est associée également à la capacité d'agir en connaissance de cause et après délibération, plutôt qu'impulsivement. Elle inspire la confiance d'autrui et entre donc dans le registre de l'ethos pour la dimension rhétorique (cf. chapitre III). En réanimation ou dans les services d'urgence, colère, frustration, doivent être évitées, mais aussi bien une profonde passivité ou l'apathie. C'est une discipline des émotions et des passions, qui permet

²⁰² GALIEN Claude, *Oeuvres anatomiques, physiologiques et médicales Tome I*, op.cit., p.6.

²⁰³ A rapprocher de ce passage des *Lois* : « Quiconque aura idée de la vie tempérante, conviendra qu'elle est modérée en tout, que ses plaisirs sont tranquilles et tranquilles ses peines, ses désirs modérés et ses amours sans délire » (PLATON, *Lois*, V, 733e).

²⁰⁴ Pour ce qui est du corps : à l'école, il plus beau d'écrire vite que calmement, de lire vite plutôt que lentement, de jouer avec vivacité de la cithare, et de même dans les sports, c'est l'exécution rapide qui relève de la beauté ; pour les choses de l'esprit *psyche* (apprendre, enseigner, se souvenir, comprendre, délibérer *bouleuesthai*, faire des recherches *zētēsesin*).

²⁰⁵ LARKIN Gregory Luke, ISESON K, KASSUTTO Z, FREAS G, DELANEY K, KRIMM J, SCHMIDT T, SIMON J, CALKINS A, ADAMS J, « Virtue in Emergency Medicine », *Academic Emergency Medicine* 2009; 16:51-5.

l'exercice de la raison pendant les moments de prise de décision, ce qui n'exclut en rien qu'il est des situations où la promptitude du geste soit indispensable.

En voici une illustration clinique. Auguste est un solide ouvrier d'une station d'épuration, qui m'est adressé par son médecin traitant pour tenter de résoudre une énigme diagnostique. Depuis trois mois son état de santé se détériore progressivement : difficultés respiratoires, perte de poids, insomnie sont les trois symptômes principaux, que relie une conviction déjà bien ancrée d'avoir subi une intoxication sur le lieu de son travail. Tâchant d'ordonner un récit qui ne cesse de rebondir (en trois mois, il avait consulté son médecin traitant à 12 reprises, et vu pas moins de six spécialistes différents), j'entreprends de lui faire raconter la séquence initiale dans les détails. A la fin d'une semaine de travail, il tousse, crache, se sent vaguement fébrile. Le samedi matin, il consulte son médecin, lequel lui prescrit une analyse sanguine et un antibiotique pour une infection broncho-pulmonaire. Dans l'après-midi, alors qu'il se repose sur une chaise longue dans son jardin, il voit arriver à son domicile le médecin traitant, fort alarmé : la prise de sang a révélé une forte augmentation des D-Dimères, ce qui impose une hospitalisation en urgence pour une vraisemblable embolie pulmonaire. Ambulance, service d'accueil des urgences, angio-scanner thoracique. Le verdict tombe en pleine nuit : pas d'embolie, infection pulmonaire, retour à domicile (la nuit même). La suite de son parcours médical résulte de l'inquiétude du médecin traitant qui cherche une explication à l'anomalie biologique initiale, tandis que le patient se met à réfléchir : se pourrait-il que la cuve d'épuration, qui avait fait l'objet d'un nettoyage à grand renfort de produits chimiques (les mêmes qui entraînent dans la composition du tristement célèbre gaz moutarde), ait dégagé des vapeurs toxiques pour ses poumons ? Le rendez-vous dans un service de pathologie professionnelle a été tardif, permettant à l'inquiétude du patient de se consolider et de rester insensible aux conclusions rassurantes des spécialistes. Ce qui a permis par contre au patient de s'améliorer est de prendre conscience de l'effet saisissant qu'avait eu sur lui la mine affolée de son médecin traitant. Il volait à son secours, certes, mais avait transmis son inquiétude au malade : quelque chose de très grave était en train de se produire. Une disposition calme dans l'action eût été préférable.

Revenons au dialogue de Platon. Charmide convient de l'objection de Socrate, et est invité alors à regarder en lui-même, à passer de la perception intuitive à l'examen de son âme pour dire ce qu'est la *sôphrosunē*. Charmide propose alors une deuxième définition (*Charm.*160e) :

« Il me semble que la *sôphrosunē* nous fait éprouver la honte (*aiskhunesthai poiein*), qu'elle rend l'homme sensible à la honte, et que la pudeur (*aidôs* – modestie – respect de soi) est précisément ce en quoi elle consiste ».

Socrate rétorque comme précédemment : l'*aidôs* n'étant pas toujours bonne, comme le dit Homère (l'*aidôs* n'est pas bonne pour l'homme dans le besoin²⁰⁶), elle ne convient pas pour décrire la *sôphrosunē*, qui est toujours belle et bonne.

Gardons toutefois comme idée pour la médecine une certaine réserve de bon aloi. Nous avons par ailleurs étudié la pudeur de manière plus approfondie au chapitre XI.

Ne trouvant alors par ses propres moyens une définition plus satisfaisante, Charmide répète des propos rapportés pour proposer une troisième définition (*Charm.*161b) : « la *sôphrosunē* consiste à faire ses propres affaires » (*ta heautou prattein*)²⁰⁷.

²⁰⁶ HOMÈRE, Odyssée chant XVII, 347 : Le mendiant honteux est funeste à lui-même

²⁰⁷ Chambry propose : « pour chacun, faire ce qui le regarde ». Une définition similaire est proposée dans la *République* (433a) pour la justice : « la justice consiste à faire son propre travail et à ne point se mêler de celui d'autrui ».

S'occuper de soi, ou se préoccuper de ce qui relève de nous, cela nous rapproche du souci de soi : ce pourrait être un moyen d'atteindre la réserve et la disposition calme de l'âme qui sont recommandées pour le médecin. Mais celui-ci s'occupe principalement des affaires d'autrui, et la suite du dialogue va le confirmer.

Socrate trouve que cette affirmation, dont il soupçonne Critias d'en être l'auteur, est énigmatique, ne serait-ce que parce que toute l'activité (*ergon*) des *tekhne*s consiste à faire quelque chose (*prattein*) d'autre que de s'occuper de ses propres affaires : notamment guérir quelqu'un d'autre que soi fait partie des activités attendues dans une cité bien gouvernée²⁰⁸. Critias qui bouillonne d'impatience (c'est bien lui qui avait proposé cette définition) et s'emporte (autrement dit, manque de *sôphrosunê* ...) va défendre cette opinion (*Charm.*162e). Il reconnaît que ceux qui fabriquent²⁰⁹ (*poiein*) les affaires des autres peuvent être *sôphron*, mais il dit n'avoir pas reconnu pour autant que le sont ceux qui s'occupent (*prattein*) des affaires des autres. Au terme d'un échange laborieux²¹⁰, Critias livre alors sa première définition (la quatrième du dialogue) : la *sôphrosunê* consiste à faire le bien (*tôn agathôn praxin*²¹¹)(*Charm.*163e).

On est donc passé d'un critère portant sur le soi (disposition calme, modestie et pudeur, souci de soi) à un critère de valeur, auquel s'ajoute alors rapidement un critère de connaissance²¹².

En effet, Socrate veut forcer Critias à admettre que sa définition – *tôn agathôn praxin* – implique d'accepter l'idée que les hommes *sôphron* puissent ignorer qu'ils le sont (*Charm.*164): n'a-t-il pas affirmé que les artisans peuvent être *sôphron* en faisant (*poiein*) les affaires d'autrui ? Par exemple, un médecin qui guérit (*hugia*) quelqu'un, fait (*poiein*) quelque chose d'utile/bénéfique (*ophelimos*) pour lui-même et pour celui qu'il a soigné. Il fait donc ce qu'il doit faire (*deonta prattei*). Or celui qui fait ce qu'il faut est *sôphron*, mais le médecin ne sait pas (*gignōskō* = savoir, discerner, distinguer) nécessairement quand ses remèdes sont utiles ou

²⁰⁸ Nous glissons sur la technique de réfutation par Socrate des définitions proposées par Charmide. Martin Bergeron les utilise comme exemples de raisonnement inductif. Ici nous reproduisons comment il détaille sa mise en œuvre par Socrate :

(Toutes) les pratiques conformes à la raison font partie de la cité bien ordonnée. (implicite)

Or, le fait de ne pas s'occuper que de ses affaires est conforme à la raison. (induction)

Donc, le fait de ne pas s'occuper que de ses affaires fait partie de la cité bien ordonnée. (161e)

Cette conclusion est utilisée comme prémisse mineure dans le raisonnement suivant :

Tout ce qui fait partie de la cité bien ordonnée est conforme à la *sôphrosunê*. (162a)

Or, le fait de ne pas s'occuper que de ses affaires fait partie de la cité bien ordonnée.

Donc, le fait de ne pas s'occuper que de ses affaires est conforme à la *sôphrosunê*.

BERGERON Martin, *Le lien entre l'induction et la définition dans les dialogues socratiques de Platon*, Mémoire, université Laval, Canada, 1999.

²⁰⁹ En écrivant fabriquer, nous accentuons le contraste entre deux sens de l'agir ou du faire (*praxis* et *poiesis*).

²¹⁰ Invité par Socrate à se prononcer sur la différence entre *poiein* et *prattein*, Critias en appelle à Hésiode (qui affirmait qu'aucun travail (*ergon*) ne mérite le blâme. La fabrication (*poiein*) est blâmable si l'objet fabriqué n'est pas fait avec le souci de beauté ou d'utilité, alors qu'*ergon* et *praxis* ne sont pas blâmables par définition – ces notions impliquent le souci de beauté et d'utilité. Socrate rétorque que Critias appelle *praxis* (action) les *poieisis* (production) de choses bonnes, et qu'il doit fournir les applications des mots qu'il emploie. Il le somme alors de répondre à cette question : « est-ce que tu veux dire que la *sôphrosunê* consiste à faire (*praxin*), ou fabriquer (*poiesin*) les choses bonnes ? » (163c).

²¹¹ Le principe de bienfaisance dans l'éthique principliste correspondrait alors à un devoir de *sôphrosunê*.

²¹² CLARK Justin C, « Knowledge and temperance in Plato's *Charmide* », art.cit.

non²¹³. Donc le médecin peut se trouver dans la situation de quelqu'un qui, ayant pratiqué de façon utile (*ōphelimōs praxas*) ou nuisible, ne sait pas quelle est la valeur de sa pratique. Or Critias prétendait que s'il a pratiqué de façon utile, il a pratiqué avec *sōphrosunē* (puisque la *sōphrosunē* consiste à faire le bien (*tōn agathōn praxin*)). La conclusion tombe : il arrive qu'il agisse avec *sōphrosunē* et qu'il soit sōphron quand il a pratiqué (agi) utilement, mais qu'il ignore lui-même qu'il est sōphron. Or il est impossible d'être *sōphron* sans le savoir.

Il y a là un point intéressant à soulever. Dans la démonstration, la figure du médecin sert à la fois d'illustration et de réfutation. Sous l'aspect de l'agir bienfaisant, il peut être dit *sōphron*. Mais sous celui de la maîtrise de la qualité de ce qu'il fait, il ne peut pas l'être. Être vertueux sans le savoir : ceci indique la direction que nous avons déjà empruntée à propos de la direction de la cure et de la duplication subjective du médecin (chapitre XII).

Socrate et Critias sont toutefois d'accord pour dire qu'être *sōphron* implique de le savoir. Critias propose alors sa deuxième définition (la cinquième du dialogue) : la *sōphrosunē*, c'est se connaître soi-même (*gignōskein auton heauton*) (*Charm.* 164d). A Delphes, le dieu ne dit pas autre chose que « Sois *sōphron*! ». Connais toi toi-même et sois *sōphron*, c'est du pareil au même (*Gnōthi sauton kai to sōphronei estin*). Pressé par Critias de donner son assentiment, Socrate rétorque qu'il lui faut examiner le problème posé par sa définition : si la *sōphrosunē* consiste à connaître (*gignōskein*) quelque chose, c'est qu'elle est une sorte de science (*epistēmē*) et donc qu'elle a un objet, à l'instar de la médecine qui est la science (*epistēmē*) de la santé (*hugieinou*). Pour Critias, la *sōphrosunē* est une science de soi (*heauton epistēmē*) (*Charm.* 165d)²¹⁴. Le dialogue devient alors très complexe (avec un jeu sémantique à propos de la science de soi, entre science de l'intériorité et science auto-réflexive, connaissance de l'intériorité et connaissance de la connaissance, entre se connaître et connaître le soi). On passe insensiblement de la connaissance de soi (*gignōskein auton heauton* comme équivalent à l'inscription delphique – *Gnōthi sauton* ; puis *heauton epistēmē*) à la connaissance de la connaissance (*epistēmōn epistēmē*). Les auteurs de langue anglaise proposent successivement : self-knowledge ; knowledge of oneself ; knowledge of itself ; knowledge of knowledge²¹⁵. Connais-toi toi-même est une injonction dont on n'arrive jamais au bout : le souci de soi ne débouche pas sur une *epistēmē* de soi.

Socrate entreprend de clarifier : si la *sōphrosunē* est science d'elle-même et des autres sciences, alors elle serait aussi la science de la non-science (*anēpistēmosunēs epistēmē*), la science de l'ignorance, puisque la science, ou connaissance vraie, doit être capable de mesurer aussi le champ de la négation de la connaissance. Le *sōphron* est donc le seul qui se connaît lui-même et qui sera en mesure d'examiner ce qu'il se trouve savoir et ce qu'il ne sait pas, et il aura aussi cette capacité vis-à-vis d'autrui. Savoir ce que l'on sait et ce qu'on ne sait pas (*Charm.* 167a).

²¹³ On retrouve un lointain écho de cette incertitude chez Claude Bernard puis Canguilhem (CANGUILHEM Georges, « Thérapeutique, expérimentation, responsabilité », art.cit.). Nous renvoyons ici au chapitre VIII (A2).

²¹⁴ Pour Chambry : « la science de soi-même ».

²¹⁵ CLARK Justin C, « Knowledge and temperance in Plato's *Charmide* », art.cit. Ce point délicat est examiné par WELLMAN Robert R, « The question posed at Charmides 165a-166c », *Phronesis* 1964;9: 107-13.

On pourrait entrevoir ici une sorte de modestie épistémique. Mais Socrate ne l'entend pas ainsi. Après quelques détours, il affirme qu'il n'y a pas de science de la science (*Charm.*169b), mais accepte de l'admettre par hypothèse : quelle serait alors son utilité ? Le savoir qui porte sur un objet est utile (par exemple on connaît la santé par la médecine), mais si on ne possède pas un savoir particulier, la *sôphrosunê* (savoir qu'on sait ou qu'on ne sait pas) n'est pas très utile (*Charm.*171c-d)²¹⁶. Le sôphron ne pourrait pas faire la différence entre celui qui se fait passer pour un médecin sans l'être et celui qui l'est vraiment. Or si l'homme *sôphron* a l'intention de distinguer le médecin véritable de celui qui ne l'est pas, il s'entretiendra avec lui de la médecine. Et s'il peut reconnaître au médecin une certaine science, il ne peut la déterminer sans examiner ses objets propres, des cas de santé, les discours médicaux (sont-ils vrais ?), les actes (sont-ils correctement posés ?). Mais cela il ne peut le faire sans compétence médicale, et personne d'autre qu'un médecin ne le pourrait, pas même le sôphron puisqu'il faudrait être médecin en plus d'être sôphron. La science vraiment utile, qui contribue le plus au bonheur, est celle qui se rapporte au bien et au mal selon Critias (*Charm.*174c -175b), mais Socrate prévient qu'on ne peut la retrancher des autres sciences. Car que serait la médecine sans cette science ²¹⁷? Elle serait encore capable d'agir, mais les médecins « seraient incapables, sans la connaissance du bien et du mal, de déterminer si les produits et les résultats de leur activité sont bons et utiles »²¹⁸.

Nous sommes alors confrontés à une contradiction interne au dialogue. Auparavant, il était admis que le médecin ne sait pas nécessairement quand ses remèdes sont utiles ou non. A présent on se demande ce que serait une médecine sans la connaissance de ce qui est bon ou mauvais. Ce paradoxe apparent n'a, à notre avis, qu'une issue : sans une connaissance générale de ce qui est bon ou mauvais pour la santé, le médecin serait incapable d'agir ; mais dans une action particulière, le médecin ne peut dire à l'avance si son action sera bénéfique ou non. Sôphron est le médecin qui connaît les limites de sa propre science. Ainsi, si l'enquête du Charmide s'achève sur une défaite – conclure que la plus belle des choses est sans utilité est insolent –, on entrevoit par contre la figure d'un médecin sôphron : il peut rester maître des manières d'appliquer son savoir-faire²¹⁹. Cette disposition s'étend de la maîtrise des appétits sensuels à celle des limites des pouvoirs de ses connaissances. N'est-ce pas très proche de ce qu'indiquait Canguilhem pour caractériser la médecine : « la science des limites des pouvoirs que les autres sciences prétendent lui conférer »²²⁰ ?

²¹⁶ Ceci rappelle le passage des *Lois* déjà cité où la *sôphrosunê* est présentée comme un complément nécessaire aux vertus.

²¹⁷ De plus, cette science du bien et du mal n'est pas ce qu'on avait défini de la *sôphrosunê*. La *sôphrosunê* commanderait-elle à cette science comme elle le fait pour les autres ? Quand bien même, elle ne serait pas utile, de même que pour la santé, il vaut mieux la médecine que la *sôphrosunê*!

²¹⁸ DORION Louis-André, « Socrate et l'utilité de l'amitié », *Revue du MAUSS* 2006/1 ; 27 : 269-88.

²¹⁹ C'est assez proche de ce que certains appellent aujourd'hui, dans les sciences de l'éducation, le praticien réflexif. BOUSSOU Christine, BRAU-ANTONY Stéphane, « Réflexivité et pratiques de formation. Regards critiques », *Carrefours de l'éducation* 2005 ; 20 (2) : 113-122.

²²⁰ CANGUILHEM Georges, « Le statut épistémologique... », art. cit. Voir la discussion chapitre VIII.

C.3 LA SOPHROSUNE CHEZ ARISTOTE

Pour Aristote, la *sôphrosunê* « est une médiété par rapport aux plaisirs » (EN 1117b23)²²¹. Elle se rapporte à cette partie désirante de l'âme qui participe au principe raisonnable (l'orthos logos) en tant qu'elle l'écoute et lui obéit comme on tient compte de l'avis de son père ou de ses amis (EN 1102b30)²²². Pour chacun des sens il y a un plaisir (*hêdonê*) correspondant, et il en est de même pour la pensée discursive (*dianoian*) et la contemplation (*theôrian*) ; leur activité la plus parfaite (*teleiotatê*) est la plus agréable (*hêdistê*) ; l'activité la plus parfaite est celle de l'organe qui se trouve en bonne disposition par rapport au plus excellent des objets tombant sous le sens en question ; et le plaisir est l'achèvement de l'acte (EN 1174b20-23).

Les plaisirs concernés par la *sôphrosunê* sont strictement délimités. Elle ne se rapporte pas aux plaisirs de l'âme (à consommer sans modération)²²³, mais pas non plus à tous les plaisirs corporels : cultiver les plaisirs de la vue (aimer la peinture) ou de l'ouïe (engouement pour la chanson ou le théâtre) ne relève pas de la *sôphrosunê*²²⁴. Par contre « il y a plaisir susceptible d'*akolasia* [le vice correspondant] là où il y a toucher et contact »²²⁵. Ce sont des plaisirs corporels partagés avec les autres animaux, plaisirs du toucher et du goût, en tant que boire et manger sont un toucher (EN 1118a25)²²⁶.

Le champ de la *sôphrosunê* concerne donc essentiellement le plaisir du toucher (EN 1118a30), un sens qu'Aristote considère comme le sens le plus nécessaire, indispensable à la survie de l'animal²²⁷. C'est cette communauté avec l'animal qui rend l'*akolasia* si répréhensible : se plaire à de pareilles sensations et les aimer par-dessus tout a quelque chose de bestial (EN 1118b)²²⁸.

Plus loin, Aristote précise que la sphère de la *sôphrosunê* concerne les plaisirs nécessaires :

²²¹ La définition était déjà donnée en EN 1107b5 « Pour ce qui est des plaisirs et des peines (non pas de tous, et à un moindre degré en ce qui regarde les peines), la médiété, la moyenne est la *sôphrosunê*, et l'excès l'*akolasia*. Les gens qui pèchent par défaut en ce qui regarde les plaisirs se rencontrent rarement, ce qui explique que de telles personnes n'ont pas non plus reçu de nom ; appelons-les des *insensibles* ».

²²² Un peu plus loin, EN 1119b, il sera question de la la vie de l'enfant, une vie appétitive : sans éducation, l'aspiration à l'agréable va prendre de l'ampleur, car elle est insatiable chez celui qui ne raisonne pas encore. Activer l'appétit ne fait qu'accroître l'inclination naturelle au risque de faire échouer tout raisonnement, et c'est pourquoi l'enfant doit vivre aux ordres de son instructeur, comme l'appétitif doit respecter la raison (cf comme on écoute son père).

²²³ Plaisirs de l'âme ; goût des honneurs ou *ambition* (*philotimia*), goût d'apprendre ou *amour du savoir* (*philomatheia*). Dans ces cas, on se réjouit de ce qu'on aime (*chairei... philêtikos*), sans que le corps en soit affecté, et ceux qui recherchent ces plaisirs ne sont ni *sôphron* ni *akolastous* (*intempérants*), et il en est de même pour tous ceux qui se livrent aux plaisirs non corporels, quand bien même ils peuvent paraître futiles, comme passer son temps à bavarder, musarder ou raconter des potins (EN, 1117b28-1118a1)

²²⁴ Pour l'odorat, se produit une scission, entre ceux qui apprécient les odeurs de pommes, de roses ou d'encens, qui ne sont jamais dits *akolastous* même dans l'excès, et ceux qui aiment les parfums et les fumets : ces derniers, concupiscent et gourmands, éveillés par les odeurs dans leurs appétits sexuels ou gastronomiques, entrent dans le champ de la *sôphrosunê*. FOUCAULT Michel, *L'usage des plaisirs*, op.cit., p.56.

²²⁵ Ibidem.

²²⁶ Boire, manger, pratiques sexuelles : Foucault parle de contact plutôt que de toucher : contact avec la bouche, la langue, le gosier (pour les plaisirs de la nourriture et de la boisson), contact avec d'autres parties du corps (pour le plaisir du sexe).

²²⁷ Cf. également ARISTOTE, *De l'âme*, 422a8-422b17.

²²⁸ Certains plaisirs corporels associés au contact ne sont pas concernés (*i.e.* les plaisirs nobles du massage au gymnase) : ce n'est pas le contact portant sur le corps entier qui intéresse le débauché, mais seulement celui qui porte sur certaines de ses parties.

Chapitre XIII

« Parmi les choses qui donnent du plaisir, les unes sont nécessaires, et les autres sont souhaitables en elles-mêmes mais susceptibles d'excès. Sont nécessaires les causes corporelles de plaisir (j'entends par là, à la fois celles qui intéressent la nutrition et les besoins sexuels, en d'autres termes ces fonctions corporelles que nous avons posées comme étant celles qui constituent la sphère de la *sôphrosunē* et de l'akolasia) » (EN 1147b25)²²⁹.

Après l'examen des plaisirs, vient celui des appétits (*epithumia*) qui entrent dans la sphère de la *sôphrosunē* (EN 1118b6). Certains appétits naturels (de nourriture ou d'acte sexuel, respectivement nécessaires à la persévération de la vie individuelle et à la perpétuation de l'espèce) sont communs à tous, dans ce cas, ce n'est pas tellement « notre affaire » (et ce qui ne relève pas de nous n'est pas dans le champ de la vertu) alors que d'autres (aspirer à telle sorte d'aliments) ne sont pas le fait de tous, et sont davantage notre affaire²³⁰. Pour ce qui concerne les appétits naturels, les fautes vont toutes dans la seule direction de l'excès, de l'exagération, du plus (*toi plethei*) : manger ou boire jusqu'à dépasser la saturation (ce que font les goinfres, ivrognes et gloutons), c'est excéder l'appétit naturel qui ne consiste qu'à combler le manque. Par contre, quand il s'agit de l'appétit de telle chose particulière, les fautes possibles sont diversifiées : faire ses délices de choses indues parce que détestables, être trop porté sur le plaisir, ou partager des plaisirs vulgaires²³¹. S'il y a akolasia, c'est que le reste se trouve sacrifié (EN 1119a1)²³².

Quant à l'homme *sôphron*, il se tient dans un juste milieu à cet égard (EN 1119a)²³³. Le *sôphron* n'est pas celui qui n'a plus de désirs, mais celui qui désire « avec modération, pas plus qu'il ne faut, ni quand il ne faut pas »²³⁴. Spinoza explicitera un point qui reste implicite chez Aristote : ce qui est en jeu, ce sont les plaisirs et les désirs rapportés à certains actes, et non les

²²⁹ Thomas d'Aquin, dans les *Secunda secundae* de la Somme théologique examine longuement la tempérance, et notamment ses parties. Relativement soucieux de restituer Aristote, il ne cesse de répéter que la tempérance refrène la convoitise immodérée, vis-à-vis de biens perçus par le toucher et intéressant le maintien de la vie humaine dans l'individu ou dans l'espèce, comme sont les plaisirs de la table et les plaisirs sexuels. Pour ce qui est des plaisirs des autres sens, comme ils ne sont pas violents, ils ne mettent pas la raison en difficulté. « Après la force, on range la tempérance qui assujettit l'appétit à la raison dans les matières qui sont immédiatement ordonnées à la vie de l'homme, soit dans son identité individuelle, soit dans son identité spécifique, c'est-à-dire dans la nourriture et dans la sexualité » (D'AQUIN Thomas, *Somme théologique* II, question 66: l'égalité des vertus, article 4).

²³⁰ Cf. le *ta heautou prattein* du *Charmide*.

²³¹ Michel Foucault en fait le commentaire suivant : « l'intempérance est en somme une conduite qui n'a pas son repère dans le besoin. Elle peut prendre deux formes : il y a une intempérance qu'on pourrait dire de pléthore, de remplissage, qui accorde au corps tous les plaisirs possibles avant même qu'il en ait éprouvé le besoin, ne lui laissant le temps de n'éprouver ni la faim ni la soif ni les désirs amoureux ni les veilles, et étouffant par là-même toute sensation de plaisir. Il y a aussi une intempérance qu'on pourrait dire d'artifice, et qui consiste à aller chercher les voluptés dans la satisfaction de désirs hors nature, celle qui en été court chercher de la neige, ou se sert d'hommes comme s'ils étaient des femmes ». FOUCAULT Michel, *L'usage des plaisirs, op.cit.*, p.76-77.

²³² Par rapport à la médiété qu'est la *sôphrosunē*, Aristote estime que l'extrême par défaut est rare : « Des personnes péchant par défaut en ce qui regarde les plaisirs et s'en délectant moins qu'il ne convient, donc des personnes pour qui les plaisirs manquent d'attrait et auxquelles les agréments n'inspirent pas la joie qu'il convient, se rencontrent rarement, car une pareille insensibilité n'a rien d'humain » (EN 1119a5). Il n'envisage donc pas l'anhédonie?

²³³ Car il ne prend pas plaisir aux choses qui séduisent le plus l'homme en proie à l'akolasia (elles lui répugnent plutôt), ni généralement à toutes les choses qu'on ne doit pas rechercher, ni à rien de ce genre d'une manière excessive, pas plus qu'il ne ressent de peine ou de plaisir à leur absence (sinon d'une façon mesurée), ni plus qu'on ne doit, ni au moment où il ne faut pas, ni en général rien de tel. Par contre, toutes les choses qui, étant agréables, favorisent la santé ou le bon état du corps, ces choses-là il y aspirera d'une façon modérée et convenable, ainsi que tous les autres plaisirs qui ne sont pas un obstacle aux fins que nous venons de dire, ou contraires à ce qui est noble, ou enfin au-dessus de ses moyens. L'homme qui dépasse ces limites aime les plaisirs de ce genre plus qu'ils ne le méritent ; mais l'homme *sôphron* n'est rien de tel, il se comporte envers les plaisirs comme la droite règle (la raison correcte) le demande. EN 1119a10-25.

²³⁴ FOUCAULT Michel, *L'usage des plaisirs, op.cit.*, p.84.

actes eux-mêmes. « ces affections [gourmandise, ivrognerie, lubricité] ne concernent pas tant les actes mêmes de manger, boire, etc., que le Désir et l'Amour de ces actes » (EIII, déf.48, explication).

Pour Foucault, c'est une affaire de savoir-faire, pas de loi universelle. C'est en individualisant son action, et pas en universalisant la règle de son action que l'individu se constitue comme sujet éthique²³⁵. André Comte Sponville précise :

« Il ne s'agit pas de ne pas jouir, ni de jouir le moins possible, ce ne serait pas vertu mais tristesse. La tempérance est gage d'une jouissance plus pure ou plus pleine. C'est un goût éclairé, cultivé, maîtrisé, une jouissance libre entre les deux abîmes opposés de l'intempérance et de l'insensibilité, entre la tristesse du débauché et celle du peine-à-jouir, entre le dégoût du goinfre et celui de l'anorexique »²³⁶.

On peut avoir le sentiment que le *Charmide* de Platon et l'*Ethique à Nicomaque* d'Aristote nous ont entraîné dans deux univers éloignés l'un de l'autre. Seul le moment initial, qui précède l'enquête, met aux prises Socrate lui-même avec la maîtrise d'un appétit sensuel. Charmide donne ensuite la méthode pour tempérer les appétits, puis le dialogue élargit le champ de la *sôphrosunē* et nous entraîne des appétits et des plaisirs vers l'action et la connaissance. Dans le *Gorgias* Socrate définit ce qu'est se commander à soi-même (*auton heauton archein*) en disant que cela consiste à être sage (*sôphron*) et à se dominer (*enkrate auton heautou*), à commander aux plaisirs et aux désirs²³⁷. On est alors proche de l'étude aristotélicienne, qui envisagera aussi le voisinage entre *sôphrosunē* et *enkrateia* (cf. plus loin). Dans la *République*, la *sôphrosunē* est aussi une maîtrise (*enkrateia*) qui s'exerce sur certains plaisirs et certains désirs (*epithumia*) (*Rép* 430b). La raison doit commander parce qu'elle est sage et qu'elle est chargée de veiller sur l'âme toute entière. Chez le *sôphron* (*Rép.* 431e sq.) les différentes parties de l'âme sont en amitié et en harmonie quand celle qui commande et celles qui obéissent sont d'accord pour reconnaître que c'est à la raison de commander et qu'elles ne lui disputent pas l'autorité. Chez Aristote, la *sôphrosunē* est aussi décrite en terme de supériorité de la raison sur le désir : le désir du plaisir est insatiable et tout l'excite chez l'être dépourvu de raison ; le désir s'accroît donc de façon excessive si on n'est pas docile et soumis à l'autorité ; et cette autorité, c'est celle du *logos* à laquelle doit se conformer la faculté de convoitise.

C.4 SOPHROSUNE ET ENKRATEIA

Michel Foucault précise le point dans l'*Usage des plaisirs*. Les *aphrodisia* (catégorie d'ensemble des gestes, actes, et pratiques sexuels) ont été un objet de préoccupation morale pour des moralistes, des philosophes, des médecins. Cela désigne « ce qui, dans le comportement sexuel, était reconnu comme 'substance éthique' ». La notion d'usage (*chresis*) permet de « saisir le type d'assujettissement auquel la pratique de ces plaisirs devait être soumise pour être moralement valorisée ». La notion d'*enkrateia*, de maîtrise, « définit l'attitude qu'il faut avoir à l'égard de soi-même pour se constituer comme sujet moral ». La notion de *sôphrosunē*, « caractérise le sujet moral dans son accomplissement ». Par rapport à

²³⁵ Ibidem.

²³⁶ COMTE-SPONVILLE André, *op.cit.*, p.52-53.

²³⁷ PLATON, *Gorgias*, 491d.

l'expérience morale des plaisirs sexuels : *aphrodisia* est l'ontologie, *chresis* la déontologie, *enkrateia* l'ascétique et *sôphrosunē* la téléologie²³⁸.

Pour l'intériorité chrétienne, l'*enkrateia* est un mode de rapport à soi, qui comporte des formes précises d'attention, de soupçon, de déchiffrement, de verbalisation, d'aveu, d'autoaccusation, de lutte contre les tentations, de renoncement, de combat spirituel²³⁹.

Dans la langue classique, *enkrateia* est cette forme de rapport à soi, cette attitude qui est nécessaire à la morale des plaisirs et qui se manifeste dans le bon usage (*chresis*) qui en est fait. Le mot est resté voisin de *sôphrosunē*. Mais ils ne sont pas synonymes. La vertu de *sôphrosunē* est décrite comme un *état très général* qui assure qu'on se conduise « comme il convient envers les dieux et envers les hommes » (et donc tempérant, juste et courageux cf. *Gorgias* 507ab, *Lois* 697b). L'*enkrateia* est plutôt une *forme active de maîtrise de soi*, qui permet de résister ou de lutter, et d'assurer sa domination dans le domaine des plaisirs et des désirs²⁴⁰.

L'*enkrateia* – comme son opposé l'acrasie – se situe sur l'axe de la lutte, de la résistance et du combat : elle est retenue, tension, continence. L'*enkrateia* domine les plaisirs et les désirs, mais en ayant besoin de lutter pour l'emporter. A la différence du *sôphron*, l'enkratique éprouve d'autres plaisirs que ceux qui sont conformes à la raison : il est dans une relation polémique à soi-même. Mais il ne se laisse pas entraîner par eux et son mérite sera d'autant plus grand que ces désirs sont forts. En regard, l'acrasie n'est pas comme l'*akolasia* un choix délibéré de mauvais principes. Le rapport à soi qui est promu est un rapport « héautocratique » du sujet dans la pratique morale des plaisirs²⁴¹, pour parvenir à la liberté qu'est la *sôphrosunē*. Le but de la maîtrise n'est pas de retrouver une innocence d'origine, de préserver une pureté, c'est d'être libre et de pouvoir le rester²⁴².

Cette distinction entre *enkrateia* et *sôphrosunē* que Foucault dégage dans son étude sur l'usage des plaisirs en s'appuyant sur le texte d'Aristote, était peu perceptible chez Platon et ne sera pas non plus visible par la suite.

C.5 EXTENSIONS DE LA TEMPERANCE

Avec les stoïciens, la tempérance élargit son champ d'application à toutes les pulsions. Ainsi pour Chrysippe, dont Jankélévitch rappelle les propos²⁴³, le sommet de la vertu c'est la *phronēsis* – lucidité qui dirige notre agir en vue du bien – qui se diversifie : elle devient courage, endurance, pour supporter les difficultés ; elle devient tempérance, emprise sur les

²³⁸ FOUCAULT Michel, *L'usage des plaisirs, op.cit.*, p.52 sq.

²³⁹ Ibid., p.85.

²⁴⁰ Ibid., p.87-88. La *sôphrosunē* chez Aristote serait caractérisée par le fait que « le sujet choisit délibérément des principes d'action conformes à la raison, qu'il est capable de les suivre et de les appliquer, qu'il tient ainsi dans sa conduite, le juste milieu entre l'insensibilité et les excès, et qu'il prend plaisir à la modération dont il fait preuve. A la *sôphrosunē* s'oppose l'intempérance, *akolasia*, dans laquelle on suit volontairement, et par choix délibéré, de mauvais principes, s'abandonnant aux désirs même les plus faibles et prenant plaisir à cette mauvaise conduite : l'intempérant est sans regret ni guérison possible ».

²⁴¹ Ibid., p.95.

²⁴² Ibid., p.107.

²⁴³ JANKÉLEVITCH Vladimir, *Cours de philosophie morale. Notes recueillies à l'Université libre de Bruxelles (1962-1963)*, Paris, Seuil, 2006.

pulsions en vue de les orienter vers les objets convenables ; elle devient justice lorsqu'elle incline à rendre à tout homme ce qui lui revient. Papadimos, adoptant un point de vue stoïcien, énonce deux recommandations professionnelles : les médecins doivent (il s'agit ici d'un devoir moral « must », pas simplement pratique) contrôler ce qui est en leur pouvoir, en cultivant les vertus cardinales (courage, tempérance, justice, sagesse) et rester indifférents à toutes les choses qu'ils ne peuvent contrôler (et notamment le fait d'avoir à soigner des personnes qui font « exploser » les durées moyennes de séjour)²⁴⁴. Le médecin est déterminé à soigner, et qui vient se faire soigner ne dépend pas de lui.

Thomas d'Aquin s'emploie à spécifier la tempérance. Elle a deux parties intégrantes ou conditions nécessaires : la pudeur, qui fait fuir la honte contraire à la tempérance; et le sens de l'honneur (*honestas*), qui fait aimer la beauté de la tempérance²⁴⁵. Elle se diversifie en plusieurs espèces, selon la matière ou objet. Or les plaisirs du toucher se divisent en deux genres. Les uns sont ordonnés à la nutrition, et s'il s'agit de manger, la tempérance se dit abstinence; s'il s'agit de boire, la sobriété (*sobrietas*). Les autres plaisirs du toucher sont ordonnés à la génération. S'il s'agit du plaisir principal que procure l'union charnelle, la vertu correspondante est la chasteté; s'il s'agit des plaisirs avoisinants, par exemple ceux que donnent les baisers, les attouchements et les étreintes (*delectationes circumstantes*), la vertu correspondante est la pudicité (*pudicitia*). La tempérance comporte aussi des vertus annexes, qui observent une mesure identique en d'autres matières, plus faciles à modérer que les plaisirs du toucher. Ainsi, en dehors du mouvement de convoitise (objet de la tempérance au sens plein), on trouve dans l'âme d'autres mouvements à modérer : celui de la volonté emportée par l'élan de la passion et retenu par la continence, qui permet à la volonté de ne pas être vaincue par des désirs immodérés ; celui de l'espoir et de l'audace qui lui fait suite, réfréné par l'humilité ; celui de la colère cherchant à se venger, tempéré par la douceur ou la clémence (*mansuetudo sive clementia*). Mouvements de l'âme, mouvements du corps (actes). Ceux-ci sont modérés par la modestie, divisible à son tour : la bonne ordonnance (*bona ordinatio*) discerne ce qu'il faut faire et ne pas faire, en quel ordre agir, et comment persister en cela ; la distinction vise à ce que l'homme, en ce qu'il fait, observe la décence ; la retenue regarde les conversations. Enfin, la régulation dans les choses extérieures suppose la frugalité pour ne pas rechercher le superflu, la simplicité pour ne pas rechercher ce qui est trop raffiné.

On peut retrouver dans ces déclinaisons un certain nombre de traits qui concernent la pratique médicale. Par exemple, la *frugalitas* (ne pas rechercher le superflu) est une vertu auxiliaire à laquelle tout médecin doit être sensible : rechercher l'économie de moyens, la sobriété dans les dépenses de santé, et la justesse dans le raisonnement²⁴⁶. La bonne ordonnance est le gage d'investigations diagnostiques raisonnables, etc.

Mais nous retournons à ce qui est vital pour l'homme avec Simone Weil, qui situe la tempérance – et le courage – dans une sorte de mouvement logique vers la liberté. Nous

²⁴⁴ PAPANIMOS, « Stoicism, the physician, and care of medical outliers », *BMC Medical Ethics* 2004, 5:8.

²⁴⁵ D' AQUIN Thomas, *Somme théologique*, II, Question 66 : l'égalité des vertus, article 4.

²⁴⁶ On se reportera au chapitre VI sur la limitation de l'offre.

paraphrasons et commentons une longue citation issue des *Réflexions sur les causes de la liberté et de l'oppression sociale*²⁴⁷, qui nous semble tout à fait essentielle :

L'homme pense et ne peut donc pas accepter la servitude : rien ne peut l'empêcher de se sentir né pour la liberté. Simone Weil pose à la fois un *telos* humain imaginaire irrépressible, donc un désir, et sa conséquence qui est un « dire que non » à la servitude. Mais l'imagination n'est pas qu'un espoir hors de portée. Il y a un but concret : améliorer une condition actuelle et « atteindre une liberté moins imparfaite ». C'est pour l'atteindre qu'il faut « s'efforcer de se représenter clairement la liberté parfaite ». Cette liberté parfaite ne peut être « conçue comme consistant simplement dans la disparition de cette nécessité dont nous subissons perpétuellement la pression ». La vie humaine est soumise à cette pression de la nécessité, et croire autre chose (autant de jouissances et aussi peu de fatigues qu'il lui plairait), n'est que fiction. Il ne faut pas le regretter : « Il suffit de tenir compte de la faiblesse humaine pour comprendre qu'une vie d'où la notion même du travail aurait à peu près disparu *serait livrée aux passions et peut-être à la folie* ».

²⁴⁷ WEIL Simone, *Réflexions sur les causes de la liberté et de l'oppression sociale* (1934), Paris, Gallimard, « Idées NRF », 1955 : « Rien au monde ne peut empêcher l'homme de se sentir né pour la liberté. Jamais, quoi qu'il advienne, il ne peut accepter la servitude ; car il pense. C'est la liberté parfaite qu'il faut s'efforcer de se représenter clairement, non pas dans l'espoir d'y atteindre, mais dans l'espoir d'atteindre une liberté moins imparfaite que n'est notre condition actuelle. (...) La liberté parfaite ne peut pas être conçue comme consistant simplement dans la disparition de cette nécessité dont nous subissons perpétuellement la pression ; tant que l'homme vivra, c'est-à-dire tant qu'il constituera un infime fragment de cet univers impitoyable, la pression de la nécessité ne se relâchera jamais un seul instant. Un état de choses où l'homme aurait autant de jouissances et aussi peu de fatigues qu'il lui plairait ne peut pas trouver place, sinon par fiction, dans le monde où nous vivons. La nature est, il est vrai, plus clémente ou plus sévère aux besoins humains, selon les climats et peut-être selon les époques ; mais attendre l'invention miraculeuse qui la rendrait clémente partout et une fois pour toutes, c'est à peu près aussi raisonnable que les espérances attachées autrefois à la date de l'an mille. Au reste, si l'on examine cette fiction de près, il n'apparaît même pas qu'elle vaille un regret. Il suffit de tenir compte de la faiblesse humaine pour comprendre qu'une vie d'où la notion même du travail aurait à peu près disparu serait livrée aux passions et peut-être à la folie ; il n'y a pas de maîtrise de soi sans discipline, et il n'y a pas d'autre source de discipline pour l'homme que l'effort demandé par les obstacles extérieurs. Un peuple d'oisifs pourrait bien s'amuser à se donner des obstacles, s'exercer aux sciences, aux arts, aux jeux ; mais les efforts qui procèdent de la seule fantaisie ne constituent pas pour l'homme un moyen de dominer ses propres fantaisies. Ce sont les obstacles auxquels on se heurte et qu'il faut surmonter qui fournissent l'occasion de se vaincre soi-même. Même les activités en apparence les plus libres, science, art, sport, n'ont de valeur qu'autant qu'elles imitent l'exactitude, la rigueur, le scrupule propres aux travaux, et même les exagèrent.

On peut entendre par liberté autre chose que la possibilité d'obtenir sans effort ce qui plaît. Il existe une conception bien différente de la liberté, une conception héroïque qui est celle de la sagesse commune. La liberté véritable ne se définit pas par un rapport entre le désir et la satisfaction, mais par un rapport entre la pensée et l'action ; serait tout à fait libre l'homme dont toutes les actions procéderaient d'un jugement préalable concernant la fin qu'il se propose et l'enchaînement des moyens propres à amener cette fin. Peu importe que les actions en elles-mêmes soient aisées ou douloureuses, et peu importe même qu'elles soient couronnées de succès ; la douleur et l'échec peuvent rendre l'homme malheureux, mais ne peuvent pas l'humilier aussi longtemps que c'est lui-même qui dispose de sa propre faculté d'agir. Et disposer de ses propres actions ne signifie nullement agir arbitrairement ; les actions arbitraires ne procèdent d'aucun jugement, et ne peuvent à proprement parler être appelées libres. Tout jugement porte sur une situation objective, et par suite sur un tissu de nécessités. L'homme vivant ne peut en aucun cas cesser d'être enserré de toutes parts par une nécessité absolument inflexible ; mais comme il pense, il a le choix entre céder aveuglément à l'aiguillon par lequel elle le pousse de l'extérieur, ou bien se conformer à la représentation intérieure qu'il s'en forge ; et c'est en quoi consiste l'opposition entre servitude et liberté.

Le simple désir, il est vrai, ne le mènerait à rien ; il ne recevrait rien gratuitement ; et même les possibilités d'effort efficace seraient pour lui étroitement limitées. Mais le fait même de ne pouvoir rien obtenir sans avoir mis en action, pour le conquérir, toutes les puissances de la pensée et du corps, permettrait à l'homme de s'arracher sans retour à l'emprise aveugle des passions. Une vue claire du possible et de l'impossible, du facile et du difficile, des peines qui séparent le projet de l'accomplissement efface seule les désirs insatiables et les craintes vaines ; de là et non d'ailleurs procèdent la tempérance et le courage, vertus sans lesquelles la vie n'est qu'un honteux délire ».

On va voir à présent qu'il y a pour Simone Weil quelque chose de vital dans la maîtrise de soi. Son raisonnement suit une logique implacable : « il n'y a pas de maîtrise de soi sans discipline, et il n'y a pas d'autre source de discipline pour l'homme que l'effort demandé par les obstacles extérieurs ».

Le point de départ est l'existence des obstacles extérieurs, qui imposent un effort pour les surmonter ; ces efforts sont à la source d'une discipline, laquelle débouche sur une maîtrise de soi. Risquons ici un parallèle avec le commentaire de Foucault sur l'expérience morale des plaisirs sexuels (on se souvient : *aphrodisia* est l'ontologie, *chresis* la déontologie, *enkrateia* l'ascétique et *sôphrosunē* la téléologie). Ici n'est pas en jeu l'expérience des plaisirs (sexuels ou non), mais celui des obstacles extérieurs : on admettra cependant qu'ils sont aussi à situer dans l'humaine condition. Chez Simone Weil, on pourrait dire que les obstacles extérieurs sont d'ordre ontique, les efforts pour les surmonter une question d'usage, la discipline de cet usage une *enkrateia*, qui débouche sur une vertu, laquelle vise le but : une liberté moins imparfaite.

Mais revenons au texte de Weil. Seuls les obstacles auxquels on se heurte réellement (et qu'il faut surmonter réellement) fournissent les occasions d'une lutte intérieure (« S'amuser à se donner des obstacles ne donne pas lieu à des efforts sérieux, et ne permettent pas de se vaincre soi-même »). Ce qui est pleinement visible dans le travail (où les obstacles s'imposent) est reproduit dans les activités « en apparence les plus libres ». Weil nomme ainsi la science, l'art et le sport. Ces activités tirent leur valeur pour autant « qu'elles imitent l'exactitude, la rigueur, le scrupule propres aux travaux, et même les exagèrent ».

Il est une alternative à la conception de la liberté comme « la possibilité d'obtenir sans effort ce qui plaît ». Cette autre conception (héroïque, mais c'est aussi celle de la sagesse commune), la voici :

« La liberté véritable ne se définit pas par un rapport entre le désir et la satisfaction, mais par un rapport entre la pensée et l'action ».

Dans cette optique, l'homme tout à fait libre est celui « dont toutes les actions procéderaient d'un jugement préalable concernant la fin qu'il se propose et l'enchaînement des moyens propres à amener cette fin ». L'action peut être douloureuse, elle peut échouer, mais cela importe peu « aussi longtemps que c'est lui-même qui dispose de sa propre faculté d'agir ». Cette liberté dans le jugement et l'action sont à distinguer de l'agir arbitraire, qui ne procède pas d'un jugement et donc n'est pas vraiment libre. L'homme vivant ne cesse « d'être enserré de toutes parts par une nécessité absolument inflexible ». Mais il conserve un choix : celui de « céder aveuglément à l'aiguillon par lequel elle le pousse de l'extérieur », ou bien de « se conformer à la représentation intérieure qu'il s'en forge ; et c'est en quoi consiste l'opposition entre servitude et liberté ».

L'appétit, « le simple désir », n'est pas suffisant à produire les efforts efficaces, et indispensables car rien n'est reçu gratuitement. Ne pouvoir rien obtenir « sans avoir mis en action, pour le conquérir, toutes les puissances de la pensée et du corps » pourrait être source de découragement : mais pour Weil, c'est le constat même de cette impossibilité pratique qui permet « à l'homme de s'arracher sans retour à l'emprise aveugle des passions ». On ne glosera pas ici sur ce qui pourrait être considéré comme un coup de force, mais qui trouverait à

s'éclairer en mode spinoziste (cf. le devenir actif) moyennant une inflexion sur le rôle joué par le désir. Après tout, Weil ne fait que « s'efforcer de se représenter clairement la liberté parfaite », dont elle ne pose pas l'existence, mais dont elle se sert pour indiquer une direction afin de conquérir un peu plus de liberté.

Plus importante est la conclusion de ce passage, qui nous amène à la tempérance :

« Une vue claire du possible et de l'impossible, du facile et du difficile, des peines qui séparent le projet de l'accomplissement efface seule les désirs insatiables et les craintes vaines ; de là et non d'ailleurs procèdent la tempérance et le courage, vertus sans lesquelles la vie n'est qu'un honteux délire ».

Courage et tempérance procèdent (tirent leur origine, résultent, proviennent) d'une vue claire. Avoir des idées claires sur ce qui est possible ou non, sur ce qui sépare le projet qu'on se propose d'accomplir et son effectuation, est la seule voie pour surmonter des désirs insatiables et de vaines craintes²⁴⁸. Courage et tempérance sont donc des vertus vitales, et pour morales qu'elle apparaissent, elles supposent l'exercice de l'intellect, ce qui nous renvoie à Platon et à la composante de connaissance de la *sôphrosunē* qu'on trouve dans le *Charmide*.

C'est donc la nécessité même, le réel de la situation, les contraintes qu'elle oppose aux désirs, qui est à la fois la source des obstacles à la satisfaction du désir et l'appel au jugement, à la pensée pour agir et dénouer – au moins partiellement – ces contraintes.

Avec d'autres prémisses, Christophe Dejours développe un point de vue assez proche :

« La résistance du réel, ou le réel comme résistance à la maîtrise, (...) est l'expérience par laquelle s'instancie le réel dans le rapport entre les êtres humains. C'est l'introduction du réel entre un individu et les autres, et un individu et lui-même. L'expérience du réel, c'est fondamentalement l'expérience de la vérité. Au fond, la vérité arrive sous une forme paradoxale, celle d'un échec. Comment cet échec devient-il le point de départ d'un travail, de la mobilisation d'une intelligence particulière initiant le processus qui, passant par le travail, peut éventuellement conduire à la production de connaissances ? Donc, le travail et la subjectivité sont avant la production de connaissances. C'est là un retournement épistémologique fondamental : si l'on admet l'expérience du réel en tant qu'elle ne peut pas être connue autrement que par l'expérience du travail, à ce moment-là c'est le statut et la théorie de la connaissance qu'il faut faire basculer en sens inverse. Si on n'occulte plus le travail, le prestige de la connaissance et des concepts vacille : c'est à partir de l'expérience du réel, donc de l'échec de la connaissance, que commencent les questions »²⁴⁹.

C.6 LA SOPHROSUNE, VERTU DE L'USAGE

Des appétits communs à l'homme et aux bêtes jusqu'à l'épistémologie de la connaissance, il ne s'agit peut-être pas tant de combattre des forces mauvaises, comme l'ont véhiculé des siècles de morale enrobant les vertus et les vices, mais de pouvoir mobiliser avec succès les puissances du corps et de l'âme pour dénouer les contraintes effectives. La *sôphrosunē* n'est-elle pas la vertu qui permet précisément de distinguer ce qui dépend de nous et ce qui n'en

²⁴⁸ De même que vivre sous la conduite de la raison rendait inutile le mobile de la compassion.

²⁴⁹ LHULLIER Dominique, « Christophe Dejours. Résistance et défense », *Nouvelle revue de psychosociologie* 2009/1 ; 7 : 225-34.

dépend pas, de ne pas se tromper sur les obstacles à surmonter ? Contrairement à l'affirmation de Calliclès dans le *Gorgias* – « Ce sont les lâches (littéralement les « sans courage ») qui font l'éloge de la *sôphrosunē* » (*Gorg.*492a) –, on pourrait alors dire que la *sôphrosunē* permet de distinguer les situations qui requièrent le courage.

Nous avons évoqué dans le chapitre sur l'érotique la question des *aphrodisia* entre médecin et malade. Le contexte actuel a déplacé la question éthique vers une question morale voire juridique. Il n'est plus tellement question de *sôphrosunē*, d'idées claires, de liberté à conquérir, mais d'interdiction pure et simple. Ce règlement n'est pas une réponse aux problématiques que pose la question de l'amour et du transfert, il les évacue.

Le médecin touche le corps dénudé des malades. C'est une situation particulièrement exposée (que signale en creux la puissance des interdits qui s'y rattachent) à éveiller les appétits concernés par la *sôphrosunē*. Comme Antoine Thibault face à l'adolescente dénudée au teint d'abricot mûr²⁵⁰, comme Socrate face à Charmide, investi d'un pouvoir de guérir et troublé par sa beauté, le médecin doit faire face à des obstacles bien concrets, qui s'opposent à « la fin qu'il se propose et l'enchaînement des moyens propres à amener cette fin »²⁵¹. Lain Entralgo va encore plus loin : l'expérience tactile du médecin, lorsqu'il explore le corps du patient, n'est pas seulement une manœuvre d'objectivation, il touche « la réalité somatique d'une personne », il « perçoit vaguement la condition humaine de la réalité qu'il touche », et « tout en éprouvant un sentiment de plaisir ou de déplaisir, il le fait aussi éprouver à l'autre ». L'opération cognitive se double d'« un acte amoureux interpersonnel, un véritable caresse-pour-l'autre ». En effet, non seulement il faut atténuer le désagrément de la palpation diagnostique pour pouvoir correctement examiner une région douloureuse, mais de plus « le contact amoureux, la caresse, apporte toujours à qui la reçoit soulagement et appui ». Il s'en suit que « la délicatesse esthétique et morale doit constituer un impératif rigoureux »²⁵². La *sôphrosunē* n'est-elle pas alors la vertu nécessaire à éviter l'excès ou le défaut en amour ? De l'extrême froideur à la séduction calculée, il ne s'agit pas avant tout de réfléchir en termes de « droits » qu'en termes cliniques, dans les coordonnées de la *tekhnē*.

Devenir tempérant suppose une âme en action, activée par le désir de médiquer (c'est-à-dire un désir adressé à la liberté du malade), et donc une vision claire de ce qui est possible ou non : c'est cela qui fournit le moyen de l'usage, puis la maîtrise, et non une mystérieuse volonté contraire qui s'opposerait avec vigueur aux appétits sensuels. Cette vision claire n'est elle pas par ailleurs proche de ce que Critias tentait de faire valoir comme définition de la *sôphrosunē*, à savoir une connaissance de ce qu'on sait et ne sait pas à propos de l'objet (ici le cas à traiter)? La *sôphrosunē* évite la promptitude excessive des jugements de toute sorte. En ce sens, elle sert la perception du moment opportun (*kairos*). La *sôphrosunē* requiert une forme d'humilité : que le médecin reconnaisse par exemple l'étendue de son ignorance, et reste malgré tout capable de conduire le traitement.

On le voit donc, même si Aristote la rangeait dans les vertus morales, la *sôphrosunē* est aussi une vertu cognitive. D'ailleurs, le sôphron ne désire que « ce que prescrit la droite

²⁵⁰ MARTIN DU GARD Roger, « La consultation », op.cit., p.40-42.

²⁵¹ WEIL Simone, *Réflexions sur les causes de la liberté et de l'oppression sociale*, op.cit.

²⁵² LAIN ENTRALGO Pedro, *Le médecin et le malade*, op.cit., p.187.

raison », l'*orthos logos*. Foucault note à juste titre qu'on ne peut pas se constituer comme sujet moral sans se constituer en même temps comme sujet de connaissance²⁵³.

J'isole deux des points mentionnés par Pellegrino et Thomasma²⁵⁴ comme tentation contre la tempérance : le premier est de substituer à l'effort de la relation l'usage des biotechnologies, autrement dit de croire aux capacités de la technologie plutôt qu'au vécu et aux paroles des malades. Ceci peut s'articuler à ce que dit Weil. La relation au malade suppose un effort, est surmontement d'un obstacle. Il y a dans l'usage des biotechnologies une tentation d'éviter cet obstacle. Le second est la tentation de croire posséder un pouvoir illimité sur la condition humaine (à travers la technologie). Il nous semble légitime d'étendre ces considérations : il y a, dans tout exercice du pouvoir, même limité, une possibilité d'abus. La *sôphrosunē* est la vertu de l'usage. Usage bien tempéré des affects, du don ajusté aux besoins du malade et à sa demande, de la pudeur. La *sôphrosunē* est tempérance de l'hubris médicale sous toutes ses formes. Je rapproche ces considérations de ce qu'écrit Gadamer du médecin :

« Sa position en tant que médecin se définit par son besoin de confiance et par la nécessité de devoir pourtant restreindre son pouvoir en retour (...). Il doit savoir se contrôler lui-même. Car il ne doit ni produire un effet de dépendance, ni prescrire sans nécessité un régime de vie qui constituerait une entrave à la réinsertion du patient au sein de son équilibre vital »²⁵⁵.

Le médecin est exposé, à cause de son savoir et de son expérience, mais « à plus forte raison aussi à cause de la demande que le patient lui adresse », à la « tentation de vouloir jouer le jeu de l'autorité »²⁵⁶.

Mais d'une manière très générale, le médecin est confronté à une situation (un réel qui fait obstacle et qui nécessite son intervention – nous nous situons ici dans la réponse à la demande) et entreprend de délibérer sur ce qu'il doit faire. Courage et tempérance s'incorporent dans l'effort demandé par les obstacles extérieurs, et que tente de surmonter le jugement pratique.

D. JUGEMENT PRATIQUE.

Le raisonnement pratique « a la forme d'un calcul destiné à répondre à la question : Que faire ? »²⁵⁷ Plutôt que d'un calcul mathématique, il s'agit d'un jugement. Mais peu importe ici le terme choisi, car ce qu'il faut saisir est son articulation étroite à la clinique : il s'agit de répondre à la question de ce qu'il faut faire, et d'y répondre par une action. Ce qui la précède détermine souvent sa justesse, sa qualité, qu'on l'examine d'un point de vue technique ou éthique. Les deux aspects montreront leur solidarité étroite.

²⁵³ FOUCAULT Michel, *L'usage des plaisirs*, op.cit., p. 116.

²⁵⁴ PELLEGRINO Edmund D, THOMASMA David C, *The virtues in medical practice*, op.cit. Voir aussi MONTERO SANCHEZ DEL CORRAL Borja, « Fortaleza y templanza », *Cuadernos de Bioética* 2014/1 ;XXV :117-21.

²⁵⁵ GADAMER Hans-Georg, *Philosophie de la santé*, op.cit., p.53.

²⁵⁶ Ibid., p.133.

²⁵⁷ ANSCOMBE Elizabeth, *L'intention*, op.cit., p.112.

Pour entrer dans les détails, il est très précieux de revenir à la structure du syllogisme pratique chez Aristote²⁵⁸ sur lequel Anscombe, Descombes et bien d'autres philosophes ont forgé, avec des variantes dont nous ne discuterons pas tous les détails, une conception du raisonnement pratique. La simplicité apparente de la structure risque cependant de masquer quelques difficultés concrètes, celles qui émaillent précisément la pratique. Aussi faudra-t-il auparavant détailler les points clés de la délibération (i.e. les étapes du jugement pratique), et entrer dans le vif du sujet de l'acrasie pour examiner les zones de fragilité du raisonnement pratique et aborder un point délicat de la clinique : l'inertie médicale.

D.1 LE RAISONNEMENT PRATIQUE CHEZ ARISTOTE

L'ossature de base du syllogisme pratique rapporté en *EN* 1147a 27-30 illustre en fait un cas d'acrasie.

Majeure : « on doit goûter ce qui est sucré »

Mineure : « voilà une chose sucrée »

Conclusion : je la mange (« Il faut²⁵⁹ nécessairement que l'homme capable d'agir et qui ne rencontre aucun empêchement, dans le même temps accomplisse aussi l'acte »).

Cela semble être simplement l'application d'une règle générale au cas particulier qui se présente comme tel tombant sous la règle. La place de la délibération y paraît bien limitée. Notons déjà que la conclusion est bien une action, et pas seulement une considération sur ce qui devrait être fait (cette chose doit être goûtée)²⁶⁰. Il nous faut entrer dans les détails pour mieux comprendre la place de la délibération.

1.1. Délibération

Sur quoi délibère un homme sain d'esprit (*EN* 1112a20-1112b) ? Tout n'est pas objet de délibération, mais « nous délibérons sur les choses qui dépendent de nous et que nous pouvons réaliser » par nous-mêmes (*peri tōn di' hautōn praktōn*), « tout ce qui arrive par nous et dont le résultat n'est pas toujours le même », dont « par exemple les questions de médecine ou d'affaires d'argent ». Moins le domaine a été approfondi, et plus la délibération est nécessaire²⁶¹ : on délibère ainsi « davantage sur les *tekhnēs* que sur les *epistēmēs*, car nous sommes à leur sujet dans une plus grande incertitude ». « La délibération a lieu dans les choses qui, tout en se produisant avec fréquence, demeurent incertaines dans leur aboutissement, ainsi que là où l'issue est indéterminée ». Le champ de la délibération est donc le champ des

²⁵⁸ « une des plus brillantes découvertes d'Aristote », selon Anscombe, qui déplore qu'on en ait « perdu de vue son véritable caractère » (ANSCOMBE Elizabeth, *L'intention*, op.cit., p.109). Le terme de *syllogisme pratique* est discuté. Cf. MOREL Pierre-Marie, *Aristote, une philosophie de l'activité*, op.cit., p.200.

²⁵⁹ Notons que la connotation de « devoir » est ici une nécessité logique et non morale.

²⁶⁰ Von Wright attire justement l'attention sur ce point. VON WRIGHT Georg Henrik, « Practical Inference », *The Philosophical Review* 1963; 72 (2): 159-179.

²⁶¹ Par exemple « nous délibérons davantage sur la navigation que sur la gymnastique, vu que la navigation a été étudiée d'une façon moins approfondie »

pratiques concrètes, marquées par l'incertitude quant à l'issue de l'action. Si d'un côté on ne délibère pas sur ce qui ne dépend pas de nous (les lois mathématiques par exemple), à l'autre extrémité on ne délibère pas non plus sur ce qui est de l'ordre des perceptions sensibles élémentaires, car on n'en finirait jamais (par exemple : ceci est-il du pain? est-il cuit comme il faut? *EN 1113a1*). Il ne s'agit donc pas de remettre en doute le témoignage des sens, notamment quand on fait de la clinique. La délibération ne saurait s'apparenter à la ruminatio obsessionnelle.

C'est pourquoi la *phronēsis* est concernée au premier chef. « Le propre du *phronimos* c'est d'être capable de délibérer correctement » (*EN 1140a26*). Mais quel est son objet ?

Délibérer sur les fins ? Aristote pose que « nous délibérons non pas sur les fins elles-mêmes, mais sur les moyens d'atteindre les fins » (*EN 1112b12 – bouleuometha d' ou peri tōn telōn alla peri tōn pros ta telē.*). L'exemple du médecin est d'ailleurs mentionné pour illustrer ce point :

« Un médecin ne se demande pas s'il doit guérir son malade ». Par contre, « une fois qu'on a posé la fin, on examine comment et par quels moyens elle se réalisera ; et s'il apparaît qu'elle peut être produite par plusieurs moyens, on cherche lequel entraînera la réalisation la plus facile et la meilleure. Si au contraire la fin ne s'accomplit que par un seul moyen, on considère comment par ce moyen elle sera réalisée, et ce moyen à son tour par quel moyen il peut l'être lui-même, jusqu'à ce qu'on arrive à la cause immédiate, laquelle, dans l'ordre de la découverte, est dernière » (*EN 1112b15-20*).

Il y a donc une marche récursive de la délibération sur les moyens : à chaque étape de la délibération le moyen en vue de la fin devient à son tour une fin amenant une délibération sur les moyens, et ainsi de suite, jusqu'à déterminer la cause qu'on peut produire soi-même par une action, la chose qu'on peut réaliser.

« Le sain, en effet, est le résultat d'un enchaînement de pensées comme celui-ci : puisque telle chose est la santé, si l'on veut se bien porter il faudra nécessairement réaliser cette chose, par exemple l'équilibre, et, pour produire cet équilibre, il faut la chaleur. Et le médecin remonte ainsi progressivement par la pensée jusqu'à un ultime élément qu'il est en son pouvoir de produire lui-même » (*Mét. 1032b6-10*).

Ainsi, si « guérir son malade » est la fin « en tant que fin » pour le médecin, et ne fait pas objet de délibération, il doit néanmoins intégrer, au titre des prémisses initiales de son raisonnement pratique, des fins spécifiées qui peuvent être vues comme les premiers moyens eu égard à la finalité hors délibération²⁶². L'objet de la recherche est ce que l'agent peut réaliser lui-même, donc l'action dont il est le principe. La recherche sur le « comment agir » s'arrête quand l'agent a « ramené à lui-même le principe de son acte, et à la partie directrice de lui-même, car c'est cette partie qui choisit » (*EN 1113a5*).

« L'objet du choix/décision (*proairetou*) étant, parmi les choses en notre pouvoir, un objet de désir (*orektou*) sur lequel on a délibéré (*bouleutou*), le choix (*prohairēsis*) sera un désir délibératif (*bouleutikē orexis*) des choses qui dépendent de nous ; car une fois que

²⁶² Un exemple classique en médecine de cette délibération est celui de l'anticoagulation préventive en cas de trouble du rythme cardiaque : la débiter diminue le risque d'accident vasculaire cérébral et augmente celui d'hémorragie. Deux fins spécifiées apparaissent ici en contradiction entre elles.

nous avons décidé [ou jugé : *krinantes*] à la suite d'une délibération, nous désirons alors conformément à notre délibération²⁶³ » (EN 1113a10-12).

On remarquera, avec Finnigan, que la délibération dont la vertu est la *phronēsis*, ne signifie pas pour autant une réflexion laborieuse²⁶⁴. La *phronēsis* s'appuie, nous l'avons vu, sur cette faculté – nous – raison intuitive. La saisie du particulier est une forme d'*aisthēsis*. *Nous* est une précondition cognitive de la *phronēsis*²⁶⁵.

« La raison intuitive s'applique aussi aux choses particulières, dans les deux sens à la fois, puisque les termes premiers aussi bien que les derniers sont du domaine de la raison intuitive et non de la discursion : dans les démonstrations, la raison intuitive appréhende les termes immobiles et premiers, et dans les raisonnements d'ordre pratique, elle appréhende le fait dernier et contingent, c'est-à-dire la prémisse mineure, puisque ces faits-là sont principes de la fin à atteindre, les cas particuliers servant de point de départ pour atteindre les universels. Nous devons donc avoir une perception des cas particuliers, et cette perception est raison intuitive » (EN 1143 a35-b5).

Aristote est explicite : « On peut aussi arriver au but par une délibération de longue durée, alors qu'un autre l'atteindra rapidement : dans le premier cas, ce n'est donc pas encore une bonne délibération » (EN 1142b26-28)²⁶⁶.

Mais la suite de cette citation fait problème. En effet, cette « bonne délibération » (*euboulia*), est « rectitude eu égard à ce qui est utile, portant à la fois sur la fin à atteindre, la manière et le temps » (EN 1142b26-28). Il semble donc affirmer qu'on délibère sur la fin à atteindre !

Les spécialistes discutent du passage qui suit immédiatement. Aubenque, argumentant à partir des manuscrits dont on dispose, indique deux traductions possibles de ce passage : Εἰ δὴ τῶν φρονίμων τὸ εὖ βεβουλευῆσθαι, ἢ εὐβουλία εἶη ἂν ὀρθότης ἢ κατὰ τὸ συμφέρον πρὸς τὸ τέλος, οὗ ἢ φρόνησις ἀληθῆς ὑπόληψις ἐστίν (EN 1142b31-33)²⁶⁷.

« Si donc le fait de bien délibérer est le propre des gens prudents, la bonne délibération pourrait être définie par la rectitude relative à ce qui est utile à la réalisation d'une fin, utilité dont la *phronēsis* est l'aperception vraie ».

Ou

« Si donc le fait de bien délibérer est le propre des gens prudents, la bonne délibération pourrait être définie par la rectitude relative à ce qui est utile à la fin, dont la *phronēsis* est l'aperception vraie ».

Le point litigieux est celui-ci : quel est l'antécédent de « dont » (οὗ) ? Est-ce « τὸ τέλος », ou bien « τὸ συμφέρον πρὸς τὸ τέλος » ?²⁶⁸

²⁶³ *ek tou bouleusasthai gar krinantes oregonemetha kata ten bouleusin.*

²⁶⁴ FINNIGAN Bronwyn, « Phronesis in Aristotle : reconciling deliberation with spontaneity », *Philosophy and phenomenological research* 2015; 91 (3):674-697.

²⁶⁵ VACCAREZZA Maria Silvia, « An eye on particulars with the end in sight. An account on Aristotelian phronesis », art.cit.

²⁶⁶ De même, une bonne délibération n'est pas le choix de moyens appropriés à une fin mauvaise.

²⁶⁷ AUBENQUE Pierre, *Problèmes aristotéliens... op.cit.*, p.11-28.

²⁶⁸ Tricot choisit la seconde option : « La bonne délibération au sens absolu est dès lors celle qui mène à un résultat correct par rapport à la fin prise absolument, alors que la bonne délibération en un sens déterminé est celle qui n'aboutit à un résultat correct que par rapport à une fin elle-même déterminée. Si donc les hommes prudents ont pour caractère propre le fait d'avoir bien délibéré, la bonne délibération sera une rectitude en ce qui concerne ce qui est utile à la réalisation d'une fin, utilité dont la véritable conception est la prudence elle-même ».

Si la bonne délibération recherche les moyens, on ne sait pas pour quel *telos*. Mais Aubenque propose de conserver l'interprétation qui réserve à la délibération le champ des moyens. En effet, plus loin, en *EN* 1144a8-9, vient ceci :

« la vertu morale (*arétè*), en effet, assure la rectitude du but que nous poursuivons, et la *phronēsis* [vertu intellectuelle] celle des moyens pour parvenir à ce but »²⁶⁹.

1.2. Souhait (*boulēsis*)

Soit. On ne délibère pas sur la fin, qui est posée par le souhait (*boulēsis*). Aristote est amené à constater que sa détermination est délicate.

Si la fin est le bien véritable alors on ne peut pas dire que l'homme qui choisit une fin injuste l'ait souhaitée (position dogmatiste).

Mais si on concède que le souhait vise un bien seulement apparent (*phainomenon agathon*), il faut alors admettre qu'il n'y a pas d'objet désirable par nature, et que chaque individu le détermine pour lui-même (position relativiste).

Insatisfait de ces conclusions, Aristote rassemble les deux branches de l'alternative en proposant que c'est le bien réel tel qu'il apparaît à chacun qui est l'objet du souhait :

« Si ces conséquences ne sont guère satisfaisantes, ne doit-on pas dire que, dans l'absolu et selon la vérité, c'est le bien réel qui est l'objet du souhait, mais que pour chacun de nous c'est ce qui lui apparaît comme tel ? » (*EN* 1113a23-24)²⁷⁰.

Cette position semble plus conforme à la réalité²⁷¹, et il s'en suit que :

– l'homme de bien, qui juge correctement des choses, aura une perception des choses telles qu'elles sont véritablement (en langage Spinoziste : celui qui vit sous la conduite de la raison a des idées claires).

– les biens réels dépendent de notre complexion (« à chacune des dispositions de notre nature il y a des choses bonnes et agréables qui lui sont appropriées »). Ainsi ce qui est bon pour un corps en santé ne convient pas forcément à un corps malade. Ceci renvoie à la normativité propre au cas, mais aussi à la nécessaire prise en compte, dans le raisonnement pratique du médecin, de ce qui est véritablement son bien à lui, le malade, que ce soit d'un point de vue objectif (le bien réel – mais comment le connaître, si ce n'est pas approximation ?), et d'un point de vue subjectif (le bien apparent – et peut-on le contester, si les apparences sont manifestement trompeuses ?).

– il faut admettre comme inévitable qu'on puisse « se tromper » de but, par exemple en confondant bien et agréable, mal et pénible (*EN* 1113b1). C'est un élément très présent dans les

²⁶⁹ Nous n'avons pas les moyens d'analyser complètement la controverse entre « aristotéliens » au sujet de la délibération sur les fins. Pour un aperçu, voir Angelo CAMPODONICO, « Sagesse pratique et éthique de la vertu », in : Danielle LORIES, Laura RIZZERIO (dir), *Le jugement pratique...*, op.cit., p.361-379.

²⁷⁰ Dans le traité de l'âme, le bien pratique (to praktōn agathon), désigné comme l'objet désirable principe du mouvement, se confond aussi bien avec « un bien véritable ou seulement apparent » (hè to agathon hè to phainomenon agathon) (*De l'âme*, 433a28-29).

²⁷¹ Labarrière la juge « normande »... LABARRIERE Jean-Louis, « Du phronimos comme critère de l'action droite chez Aristote », in : Danielle LORIES, Laura RIZZERIO (dir), *Le jugement pratique...*, op.cit., p.154.

discussions avec le patient par rapport aux effets indésirables d'un traitement, qui est donc à la fois « bon » et « pénible ».

– la force pratique d'une décision d'agir dépend de la force du souhait (*boulēsis*) initial en direction de la fin²⁷². Ce souhait initial ne reste pas dirigé sur la fin générale indiscutable (le médecin souhaite, et donc vise la guérison du malade), car elle se trouve immédiatement transcrite en : le médecin souhaite et vise la guérison de *ce* malade ci.

1.3. Souhait et/ou désir ?

Au chapitre 10 du traité *De l'Ame (DA)*, Aristote dit qu'il semble exister deux principes moteurs : *orexis* et *nous* (appétit et intelligence chez Bodéüs, désir et intellect chez Tricot), si tant est qu'on considère la *phantasia* (représentation chez Bodéüs, imagination chez Tricot) comme une partie de l'intellect (*DA* 433a10). Par intelligence, il entend dans ce passage l'intelligence pratique (*praktikos*), c'est-à-dire la *logisomenos* (qui calcule en vue d'un but), intelligence pratique dont la fin est l'action (*DA* 433a14, et note Tricot). Tout comme l'intelligence pratique, l'*orexis* est en vue d'une fin : l'objet de l'*orexis* (*orekton*, ὀρεκτόν) est le principe de l'intellect pratique, et le dernier terme (*eschaton* ἔσχατον) est le point de départ (*archē*) de l'action (*DA* 433a15).

Aristote propose donc la séquence suivante, qui correspond aux trois étapes décrites par Descombes :

Objet du désir = à l'origine de l'intellect pratique (ἀρχὴ τοῦ πρακτικοῦ)

Mise en œuvre de l'intellect pratique

Dernier terme de l'intellect pratique = Point de départ de l'action

Il semble donc bien y avoir deux facultés motrices : l'*orexis* et la pensée pratique (διάνοια πρακτική) (*DA* 433a19). Toner dit que raison et désir convergent vers le point focal du choix dont l'issue est l'action²⁷³. Von Wright estime que ce qui met le sujet en mouvement est « vouloir la fin et comprendre les réquisits causaux pour l'atteindre », ou plutôt que « vouloir est ce qui *meut* » et que « la compréhension (des connexions causales) est ce qui *dirige* le mouvement. Les deux ensemble *déterminent* le cours de l'action du sujet »²⁷⁴.

La suite du texte apporte une précision : c'est l'*orekton* (l'objet de l'appétit pour Bodéüs, le désirable pour Tricot), qui est principe pour la pensée (et pour l'imagination), et lui permet d'être motrice (*DA* 433a20). C'est pourquoi on peut dire : « Il n'y a ainsi qu'un seul principe moteur, l'*orektion* (la faculté désirante) ».

S'il y en avait deux (*nous* et *orexis*) ils auraient un caractère commun. Mais l'intellect n'est pas moteur sans le désir. Et le *boulēsis* (souhait pour Bodéüs, souhait réfléchi pour Tricot, volonté chez St Hilaire) est un désir (*orexis*) : être mû par/selon le *logismon* (le raisonnement)

²⁷² TONER Christopher, « Akrasia revisited : an interpretation and defense of Aristotle », *The Southern Journal of Philosophy* 2003;XLI: 283-306.

²⁷³ Ibidem.

²⁷⁴ VON WRIGHT GH, art.cit.

c'est être mû par le *boulēsis*²⁷⁵. Par contre, le désir (*orexis*) peut être moteur contre le raisonnement, on le voit dans le cas des *epithumia* (appétits), qui sont une sorte d'*orexis* (désir).

Comme *nous* est toujours *orthos* (juste, droit) tandis que *phantasia* et *orexis* peuvent l'être ou non, il s'en suit que l'*orektikon* est toujours moteur, mais le bien à faire (*pragmaton agathon*) est soit le bien réel (*agathon*), soit le bien apparent (*phainomenon agathon*) (DA 433a28).

L'*orexis* imprime donc le mouvement, et l'*orekton* (l'objet du désir) est sa cause première, son *archē*, son principe.

Ceci éclaire un passage précédent, qui porte précisément sur la médecine :

« Celui qui possède la *tekhnē* médicale (le *ιατρικὴν*) ne médique pas (*ἰᾶται*) pour autant, ce qui montre bien que c'est tout autre chose qui détermine l'action conforme à la science (*τὸ ποιεῖν κατὰ τὴν ἐπιστήμην*), et non pas la science (*ἐπιστήμη*) elle-même » (DA 433a5).

Diviser l'âme selon les facultés (dynamis) fait donc décrire une partie désirante (*orektikon*) à côté des parties nutritive, sensitive, noétique, délibérative (*θρεπτικόν, αἰσθητικόν, νοητικόν, βουλευτικόν*). Mais il y a alors une difficulté, car dans le chapitre précédent le passage que nous étudions, il écrit en effet : « si on fait l'âme tripartite, le désir figurera dans les trois parties » (DA 432b5).

Nous nous en remettons à Laetitia Monteils-Laeng pour détailler ce qui suit concernant l'objet du désir. En effet, elle insiste pour ne pas assimiler le principe moteur au seul désir, car « ce qui meut l'action, ce n'est pas une faculté, mais un objet désirable identifié au bien »²⁷⁶ :

« Le désir se forme sous l'influence de la sensation, de l'imagination, ou du nous qui présente un bien pratique (*to prakton agathon*), identifiable à l'*orekton*, qui meut la faculté désirante (*to orektikon*) ». « Il ne se révèle que dans un acte de cognition, (...), ce n'est pas un objet extérieur qui nous détermine à agir passivement et indépendamment de ce que nous sommes, c'est un complexe cognitivo-désirant que nous investissons de nos croyances propres et de nos désirs personnels. Ce n'est donc pas le désir considéré de manière isolée, comme un état affectif ou un manque dont nous prendrions subitement conscience, qui constitue le moteur de l'agir, mais bien la conscience de l'objet du désir. Ce n'est pas le désir en lui-même mais l'objet du désir qui constitue notre raison d'agir. L'*orexis* et le nous fonctionnent donc de concert dans la découverte du désirable ». « Derrière l'*orekton*, il y a une fonction cognitive (sensation, imagination ou pensée) associée à l'une des espèces du désir (*boulēsis, thumos, epithumia* – souhait, impulsion, appétit) dont la collaboration aboutit à la formation d'un seul objet, résultat de l'actualisation de deux puissances »²⁷⁷.

Mais la collaboration n'est pas donnée d'emblée, car ces trois espèces de l'*orexis* « ne regardent pas forcément dans la même direction »²⁷⁸ : « ce que nous sentons ou nous représentons comme plaisant n'est pas forcément estimé bon par la raison »²⁷⁹.

²⁷⁵ βούλησις ὄρεξις, ὅταν δὲ κατὰ τὸν λογισμὸν κινῆται, καὶ κατὰ βούλησιν κινεῖται (DA 433a25).

²⁷⁶ MONTEILS-LAENG Laetitia, « Aristote et l'invention du désir », *Archives de Philosophie* 2013/3 ;76 : 441-57.

²⁷⁷ Ibidem.

²⁷⁸ Ibidem : « La *boulēsis* est spécifique en ce qu'elle est basée sur des considérations qui s'interrogent sur la rectitude, sur la véracité de nos évaluations d'une situation, là où l'*epithumia* qui vise le plaisant se base sur des apparences sans aucune valeur épistémique ».

²⁷⁹ Ibidem.

Ces considérations permettent de faire le pont entre ce qui est dit dans le traité de l'Âme de la faculté motrice en générale (l'orekton est le principe du mouvement), et ce qui apparaît dans l'*Ethique à Nicomaque* : « La fin est posée par le souhait (boulēsis) ».

« La boulēsis est fonction de ce que nous estimons bon, en cela elle ne fait que relayer l'appréciation de la raison au sein de l'orektikon »²⁸⁰.

La seconde étape (délibération) consiste à « expertiser en quelque sorte la fin donnée par la boulēsis : [la prohairēsis = le choix] l'évalue, la considère au travers de ses conditions de possibilité, puis la met en ordre, de façon à l'accorder aux circonstances réelles »²⁸¹.

Aristote revient, un peu plus loin dans le traité *De l'âme*, sur ce que nous avons appelé plus haut « l'ossature de base du syllogisme pratique », pour affirmer que

« la proposition portant sur le général énonce que le possesseur de telle qualité doit accomplir tel acte, et que la proposition portant sur l'individuel énonce que tel acte déterminé est de telle qualité et que je suis la personne possédant la qualité en question. Cette prémisse mineure suffit pour imprimer le mouvement, l'opinion générale seule ne le peut pas. Parfois ce sont les deux qui sont en cause, mais la plus active est le jugement individuel » (DA 434 a15-20).

Il me semble que l'insistance sur l'objet du désir (particulier) permet de lever une des difficultés discutées par Anscombe au sujet du syllogisme pratique d'Aristote. En effet, elle remarque à juste titre que l'exemple de la nourriture sèche (que nous verrons plus loin avec l'acrasie) peut déboucher sur des considérations diverses (« donc j'en prendrai ; donc je ferais mieux d'en prendre ; donc ce serait une bonne chose pour moi d'en prendre »), et que ce qui ne convient pas, est de formuler la première prémisse comme une prémisse universelle²⁸². Dans le raisonnement pratique, il n'existe pas de règle générale (Faites toujours X) « qu'une personne saine d'esprit accepterait comme point de départ d'un raisonnement sur ce qu'il faut faire dans un cas particulier »²⁸³. « Si le point de départ d'un syllogisme pratique est quelque chose de voulu, pourquoi la première prémisse ne s'énoncerait-elle pas avec "je veux" ? »²⁸⁴. Elle précise aussi que l'objet visé n'est pas forcément l'objet tel qu'il est, mais l'objet sous sa description d'objet visé²⁸⁵.

C'est ainsi que le choix préférentiel (*prohairesis*) est intellect désirant (*nous orektikos*) ou désir intellectif (*orexis dianoetikē*) (EN 1139b5-6), ou encore un désir délibératif (*bouleutikē orexis*). « L'intellect a besoin du désir pour être mis en mouvement, mais le désir a besoin de l'intellect pour mouvoir celui-ci dans le sens de la décision correcte »²⁸⁶ (EN 1113a11).

²⁸⁰ Ibidem.

²⁸¹ Ibidem.

²⁸² ANSCOMBE Elizabeth, *L'intention, op.cit.*, p.114.

²⁸³ Ibid., p.115.

²⁸⁴ Ibid., p.119.

²⁸⁵ Ibid., p.120.

²⁸⁶ AUBENQUE Pierre, *Problèmes aristotéliens... op.cit.*, p.219.

1.4. Volonté et vertu

Comme d'un côté la fin est objet du souhait, et que de l'autre les moyens sont objets de délibération et de choix, il est logique d'en déduire que « les actions concernant ces moyens seront faites par choix et seront volontaires » (EN 1113b5).

La notion de nécessité pratique, qui rend compte que l'inférence pratique débouche sur une action, montre qu'il est possible de décrire l'action humaine comme étant à la fois volontaire et strictement déterminée²⁸⁷.

L'activité vertueuse ayant rapport aux moyens, la vertu dépend aussi de nous (le vice également). Vertu ou vice s'acquièrent par l'exercice d'actions particulières. Les dispositions de notre caractère s'expliquent par l'exercice d'actions particulières (EN 1114 b10²⁸⁸), et il en va de même des dispositions techniques :

« Pour les vertus, (..), leur possession suppose un exercice antérieur, comme c'est aussi le cas pour les autres *tekhne*s. En effet, les choses qu'il faut avoir apprises pour les faire, c'est en les faisant que nous les apprenons : par exemple, c'est en construisant qu'on devient constructeur, et en jouant de la cithare qu'on devient cithariste ; ainsi encore, c'est en pratiquant les actions justes que nous devenons justes, les actions modérées que nous devenons modérés, et les actions courageuses que nous devenons courageux (...) De plus, les actions qui, comme causes ou comme moyens, sont à l'origine de la production d'une vertu quelconque, sont les mêmes que celles qui amènent sa destruction, tout comme dans le cas d'un art : en effet, jouer de la cithare forme indifféremment les bons et les mauvais citharistes » (EN 1103 a32-b9).

Plus ces actions particulières se répètent dans un certain sens, et plus il est difficile ensuite d'en faire un objet de choix délibéré. Ainsi, quelqu'un qui devient aveugle à force de boire de l'alcool, au début seulement il lui était possible de ne pas devenir malade, mais à partir d'un certain moment, être malade n'est plus volontaire²⁸⁹. Ce point est repris un peu plus loin :

« En ce qui concerne nos dispositions, elles dépendent bien de nous au début, mais les actes singuliers qui s'y ajoutent par la suite échappent à notre conscience, comme dans le cas des maladies ; cependant, parce qu'il dépendait de nous d'en faire tel ou tel usage, pour cette raison-là nos dispositions sont volontaires » (EN 1114b25).

Est-ce que la manière dont le bien (et donc la fin) nous apparaît dépend de notre caractère? Aristote estime que oui (EN 1114b1) : « si chacun est en un sens cause de ses propres dispositions, il sera aussi en un sens cause de l'apparence (i.e. de la manière dont il se les représente) ».

Cela ne suffit pas à exonérer tout homme de la responsabilité des actions dont il est la cause (cf. EN 1114b20). Plus encore que de nos dispositions, nos actions « sont sous notre dépendance absolue du commencement à la fin, quand nous en savons les circonstances singulières » (EN 1114b22).

²⁸⁷ VON WRIGHT GH, art.cit.

²⁸⁸ cf Kant : « Tu dois *aimer* ton prochain comme toi-même, cela ne signifie pas : "Tu dois l'aimer immédiatement (tu dois commencer par l'aimer) et, par l'intermédiaire de cet amour (ensuite) lui faire du bien", mais au contraire, cela signifie "*fais du bien* à ton prochain, et cette bienfaisance suscitera en toi l'amour des hommes (en tant qu'habitude du penchant à la bienfaisance en général)" ». KANT Emmanuel, *MMDV*, AK VI 402 (italiques de l'auteur).

²⁸⁹ « Si vous avez lâché une pierre vous n'êtes plus capable de la rattraper, mais pourtant il dépendait de vous de la jeter et de la lancer, car le principe de votre acte était en vous » (EN 1114a15).

Anscombe affirme que le syllogisme pratique, en tant que tel, ne relève pas de l'éthique²⁹⁰. Mais si on intègre le point de départ, alors, suivant Aristote, il faut au contraire dire que « la vertu morale, en effet, assure la rectitude du but que nous poursuivons, et la *phronēsis* celle des moyens pour parvenir à ce but » (EN 1144a7-9). A cet argument s'en ajoute un autre : lorsqu'il est intégré à la pratique médicale, le syllogisme pratique relève aussi de la morale, en tant que la pratique médicale exerce une action sur autrui. On ne peut pas dissocier – dans la clinique en action – la nécessité pratique comme si elle existait indépendamment du devoir moral, car les prémisses des inférences pratiques intègrent des propositions d'ordre moral.

1.5. L'action conclusive

Aristote présente, dans le traité *Du mouvement des animaux*, une brève synthèse du syllogisme pratique qui ne laisse aucune place au doute sur le fait qu'il se conclut dans l'action elle-même :

« "J'ai besoin de me couvrir, un manteau me couvre, j'ai besoin d'un manteau, il faut faire ce dont j'ai besoin" il me faut donc faire un manteau. Or, cette conclusion : "Il faut faire un manteau" c'est une action. On agit d'après le principe qu'on a posé. Pour que le manteau soit fait, il faut que la première proposition soit admise ; si elle l'est l'autre le sera aussi; et sur-le-champ l'être agit. Il est donc évident que l'action est la conclusion; et les propositions d'où l'action doit sortir, se produisent sous deux formes : celle du bien et celle du possible (DMA, 701a 17-24).

Ce qui est intéressant, c'est qu'Aristote signale ces deux formes de propositions : la forme du bien, et la forme du possible.

Voici comment Curzer commente ce passage²⁹¹ : une première étape est celle de la perception (J'ai besoin de me couvrir, un manteau me couvre, j'ai besoin d'un manteau) qui part d'un fait saillant dans la situation (plutôt que d'un désir dit Curzer, mais on peut décrire ce fait comme un désir né d'un manque) pour arriver à une première formulation d'un fait spécifié dans la situation. La deuxième étape est une spécification ultérieure (de type règle /cas) : il faut faire ce dont j'ai besoin (principe normatif général, vague), j'ai besoin d'un manteau (reprise de la conclusion de la première étape); il me faut donc faire un manteau (but spécifique, et non simplement le constat qu'il serait bon d'avoir un manteau). Cette conclusion va devenir la prémisse majeure d'un raisonnement qui se poursuit alors sur le mode moyens/fins. La troisième étape est en effet une phase de planification afin de réaliser le souhait de fabriquer un manteau. Aristote ne détaille pas cette étape, qui se déduit d'autres passages sur la délibération qui porte sur les moyens (cf. plus haut).

Prémisse du bien, prémisse du possible : il s'agit effectivement, pour la raison désirante menant à l'action, d'une double tâche : déterminer la fin, et les moyens pour y parvenir.

²⁹⁰ Anscombe est affirmative sur ce point. ANSCOMBE Elizabeth, *L'intention*, op.cit., p. 136.

²⁹¹ CURZER Howard J, « Aristotle's practical syllogism », *The philosophical forum* 2015; 46 (2):129-153.

D.2 LE RAISONNEMENT PRATIQUE DU MEDECIN

Vincent Descombes a exposé une synthèse très éclairante du raisonnement pratique, et nous suivons ici son texte en le transposant pour la médecine²⁹². Le médecin est confronté à une situation qui nécessite son intervention et entreprend de délibérer sur ce qu'il doit faire. Le raisonnement éthique pour le principlisme majoritaire consiste à asseoir des jugements en situation sur des raisons d'ordre plus élevé, qui reçoivent le nom de principes. Le jugement est alors la conclusion d'un discours qui fait des inférences à partir des principes (i.e. autonomie, bienfaisance, justice, dignité). Toutefois, à partir de là, deux grandes options restent ouvertes.

2.1. Le prêt-à-penser

La première est une sorte de prêt à penser rationnel, dont la structure comporte trois temps :

i/ on énonce le principe général, la norme de conduite, en général sous forme d'un impératif (ce qui est obligatoire de faire), ou d'une conduite à tenir, une recette : par exemple, ne pas trahir le secret professionnel, ne pas nuire au malade, respecter sa dignité, etc. Ces principes généraux peuvent être davantage spécifiés, tout en restant génériques, et donc servant de prémisse majeure au raisonnement. Par exemple : dans le cas du refus de soins, il faut privilégier (dans la hiérarchie entre principes concurrents) la vie du malade à son consentement. Mais ce peut être l'inverse : il faut privilégier le consentement du malade, même s'il doit en mourir.

ii/ on décrit la situation de l'acteur comme un cas particulier qui se range sous la règle générale ;

iii/ il en découle, si les prémisses sont valides, une conclusion valide et rationnelle sur ce qu'il faut faire.

Cette vision des choses est répandue, pas seulement chez ceux qui pensent à la place des autres, comme certains éthiciens²⁹³. L'inconvénient majeur de cette perspective, selon Descombes, est que cela reste un raisonnement théorique, quand bien même il porte sur une matière pratique. Il rappelle au sujet quel est son devoir, ce qu'il devrait faire, mais pas comment il va s'y prendre.

Si le médecin peut, pour guider son action d'un point de vue moral, se référer à une loi, à un principe, une règle générale, il arrive le plus souvent que plusieurs normes soient à prendre en considération, alors que chacune considérée isolément pourrait déboucher sur une conduite différente.

Par exemple, Joséphine est une femme de 88 ans, témoin de Jéhovah, qui vient d'être hospitalisée pour une anémie très sévère occasionnant une insuffisance cardiaque. Sa vie est en danger, mais elle refuse la transfusion qui la guérirait, au moins temporairement puisqu'on ne sait pas encore ce qui la fait saigner (une hémorragie digestive lente est l'éventualité la plus probable). Pour autant, elle n'entend pas mourir, et est favorablement

²⁹² Nous suivons ici Vincent DESCOMBES, *Le raisonnement de l'ours...*, op.cit., p.110 sq.

²⁹³ C'est, selon Anscombe, la manière dont la philosophie considère le raisonnement ordinaire (ANSCOMBE Elizabeth, *L'intention*, op.cit., p.109).

disposée à tout traitement actif, pourvu qu'aucun produit dérivé du sang ne lui soit administré.

Le médecin doit tout mettre en œuvre pour la soigner (c'est à la fois son habitus, son engagement professionnel, l'obligation déontologique et légale qui pèse sur lui, etc.), le droit pénal lui enjoint de porter assistance à personne en danger (l'imminence du péril vital pouvant être ici discutée) et d'un autre côté le Code de Santé Publique lui ordonne de ne pas agir sans le consentement libre et éclairé du patient. Ce qui permet au médecin d'évaluer ses devoirs, de déterminer s'il peut ou non transfuser (pouvoir : être autorisé, être capable), puis de procéder ou non à la transfusion, ce n'est pas la vérité de la présence dans la loi de tel interdit ou de tel commandement (sous cet angle, on notera que la jurisprudence qui arbitre les devoirs légaux contradictoires ne cesse d'évoluer), ce n'est pas non plus la mise en balance des différents principes moraux²⁹⁴, mais c'est plutôt – je reprends l'argumentation de Descombes – la valeur respective des différentes fins légitimes qu'il doit concilier en la circonstance²⁹⁵. On aura entrevu, au passage, à quel point raisonnement éthique et raisonnement technique sont indiscernables : des arguments moraux favorisent ou non l'emploi de certains moyens techniques. C'est pourquoi, quand nous parlons de raisonnement pratique en médecine, nous avons constamment à l'esprit les deux valences²⁹⁶.

2.2. Le raisonnement pratique véritable

La deuxième option est celle que Descombes nomme « le raisonnement pratique véritablement pratique », celui qui débouche sur une action ainsi que l'indique Aristote²⁹⁷, et non sur une opinion de ce qu'il convient de faire. Ici l'analyse est « intentionnaliste » :

i/ le point de départ du raisonnement n'est plus la règle générale, le grand principe, le fondement premier, mais la chose visée, le but à atteindre, ce qu'on veut réaliser, obtenir, conserver.

ii/ le deuxième temps indique l'initiative que l'agent peut prendre sur le champ et qui aura pour résultat de faire en sorte que la fin posée dans le premier temps sera atteinte.

iii/ le point d'arrivée du raisonnement est le début de l'action.

²⁹⁴ MACKLIN R, « Applying the four principles », art.cit.

²⁹⁵ Voici comment Descombes envisage le problème du Nazi qui frappe à la porte, un classique de la philosophie morale depuis la dispute entre Kant et Benjamin Constant : l'homme qui recueille le réfugié veut le protéger. Le raisonnement à partir de l'impératif « il ne faut jamais mentir » aboutit à la conclusion qu'il ne faut pas mentir à la police pour protéger le réfugié. Mais ce raisonnement ne lui dit pas *comment se tirer d'affaire, comment répondre à la police sans livrer le dissident* qu'il a pris sous sa protection. Or le vrai problème pratique c'est bien celui qui donne lieu à une délibération sur la meilleure façon de se tirer d'affaire, c'est justement le problème de réconcilier ces deux objectifs légitimes.

²⁹⁶ Car, à écarter artificiellement la dimension morale du cas présenté, on peut décrire la situation de l'acteur comme suit :

Le traitement le plus simple d'une anémie aiguë mal tolérée repose sur la transfusion en urgence
Voici une femme de 88 ans atteinte d'une anémie aiguë qui ne peut pas techniquement être transfusée (elle a un groupe sanguin rare, le centre de transfusion est trop loin, etc.)
Que vais-je faire?

²⁹⁷ Nous négligeons ici la controverse académique sur le fait de savoir si le raisonnement pratique débouche sur une raison d'agir ou sur l'action elle-même. Voir par exemple Christopher TONER, « Akrasia revisited... », art.cit.

Le raisonnement pratique n'est donc pas construit (éventuellement par un expert en éthique, ou un supérieur hiérarchique, ou un expert de la situation médicale en cause) à l'intention de celui qui veut agir rationnellement/moralement, « il doit être construit par le sujet pratique lui-même, par celui qui va agir ». C'est à cette seule condition que le raisonnement est véritablement pratique. Anscombe dit que « les prémisses sont pour ainsi dire, en service actif »²⁹⁸.

Le sujet pratique ne commence pas par poser une règle générale. Son point de départ n'est pas « tu dois être vertueux » et « qu'est-ce que l'idéal de la vertu me commande de faire dans ce cas » ? Il ne cherche pas à extraire du concept de telle vertu une règle de conduite qu'il s'agirait d'appliquer à son cas, mais à disposer d'une vision claire de la manière dont il va se tirer d'affaire.

Descombes montre élégamment que ce type de raisonnement n'est pas immunisé de toute critique et que le raisonnement pratique d'un acteur peut être contesté. Il peut s'être trompé sur la fin souhaitable, ou sur ce qu'il pouvait réellement faire. Mais encore, et c'est un cas fréquent, il peut arriver que l'acteur ait oublié une prémisse parmi celles sur lesquelles reposait sa délibération :

« Si on peut dire à l'acteur qu'il a mal raisonné, ce n'est pas parce qu'il a tiré des prémisses une action qui n'en découlait pas, mais parce qu'il a omis d'explicitier, parmi ses prémisses, une considération de fait ou une fin qui s'imposait dans cette délibération »²⁹⁹.

Le point délicat d'un raisonnement pratique (que la délibération soit technique ou éthique, j'insiste sur ce point encore une fois) est donc de bien exprimer, expliciter toutes les fins visées dans les prémisses. L'exemple de la fable est éclairant³⁰⁰. Mais en médecine, la liste est potentiellement interminable.

Par exemple, dans l'exemple de Joséphine, cette femme anémique qui refuse la transfusion, je (car c'est bien ici l'acteur commis engagé dans l'action qui raisonne, et non le médecin générique du cas générique de la littérature) vise à lui sauver la vie, si possible, mais sans heurter ses convictions (qu'elle soit déjà très âgée – légitimement ou non – en faveur de mon silence à cet endroit), et puis je ne veux pas entrer en conflit ouvert avec sa famille (également témoin de Jéhovah) qui l'assiste d'une présence continue. Il faut encore ajouter, dans les fins à poser dans les prémisses, que je désire respecter sa liberté et préserver ses fonctions vitales, ... et j'agis en perfusant du fer, administrant de l'érythropoïétine, traitant par présomption des ulcérations digestives potentielles, la maintenant alitée sous surveillance de son état cardiaque, en attente d'une correction de l'anémie, qui prendra un mois (au lieu des 72 h nécessaires si elle avait accepté des transfusions). Dire que je n'ai pas intégré dans mes prémisses le bilan médico-économique de ce séjour, ni la jurisprudence, ni un principe d'équité vis-à-vis des autres malades ayant besoin de soins, ne signifie pas par ailleurs que je les ai ignorés, mais que ma délibération les a relégués à un rang accessoire.

²⁹⁸ ANSCOMBE Elizabeth, *L'intention, op.cit.*, p.112.

²⁹⁹ DESCOMBES Vincent, *Le raisonnement de l'ours...*, op.cit

³⁰⁰ Ibidem. L'exemple choisi par Descombes pour montrer un défaut de raisonnement pratique à cause d'une prémisse manquante est celui de l'Ours de la fable : l'Ours et l'Amateur des jardins. L'ours est chargé d'écarter les mouches pendant que le vieillard dort. Mais une mouche se pose sur le nez du dormeur. Il ne renonce pas pour autant à sa mission, et écrase la mouche avec un pavé, ce qui casse la tête du vieillard qui meurt. La prémisse qui fait défaut dans le raisonnement pratique de l'ours est que le vieillard doit pouvoir continuer à dormir, et à vivre, et que le but à atteindre, chasser la mouche, faisait lui-même partie d'un but plus général, assurer le confort et le bien-être de l'amateur des jardins. Sa rationalité était unilatérale.

Comme la liste peut être interminable, l'agent, au moment où il doit fixer dans ses prémisses les objectifs qui sont les siens, et aussi les limites dans lesquelles il entend maintenir les transformations dans l'état du monde qu'il se propose d'introduire, doit faire preuve de perspicacité. Cela suppose une certaine répétition de l'effort de délibérer. C'est à l'opposé des gestes automatiques, des gestes imposés, des gestes que l'on accomplit machinalement. Par contre, les situations les plus simples sont réglées selon un raisonnement pratique qui demeure implicite, car il a été incorporé.

L'accent mis sur la multiplicité des fins visées qu'il faut intégrer dans les prémisses ne doit pas faire ignorer la difficulté de la seconde étape. Quels sont les moyens que l'on peut mettre en œuvre pour parvenir à ses fins? On se retrouve ici dans la zone incertaine qui rapproche la clinique d'une pratique expérimentale. D'autres questions encore se posent : par exemple, celle de la place qu'occupent les normes légales et morales. Font-elles parties de la liste des prémisses initiales (au sens où l'agent a pour visée aussi de les respecter), ou contraignent-elles les moyens disponibles (seconde étape) ? Comment s'intègrent au raisonnement pratique les déductions du jugement déterminant qui considère le cas sous l'angle des lois de la nature ? Ces difficultés expliquent que le médecin, dans ce genre de situations épineuses, travaille en équipe : Aristote précise que « nous nous faisons assister d'autres personnes pour délibérer sur les questions importantes, nous défiant de notre propre insuffisance à discerner ce qu'il faut faire » (EN 1112b10). Toutefois, celui qui agit reste seul.

Annette est une jeune femme atteinte d'une maladie rare de l'hémoglobine, hospitalisée pour une anémie extrêmement sévère, qui fait suite à une transfusion intempestive : le biologiste sollicité ne la connaissait pas, avait manqué de *sôphrosunē* - calme et son inquiétude avait gagné de proche en proche une série de décideurs, aboutissant à la transfusion hâtive contre laquelle l'organisme d'Annette réagissait violemment. Ce cas suscite quantité de discussions au sein du service, et des experts plus lointains sont sollicités sur la conduite à tenir. Leurs opinions divergent sur plusieurs points. Finalement c'est le médecin directement responsable d'Annette qui doit intégrer tous ces avis comme autant de prémisses dans son raisonnement pratique, lequel débouche sur des prescriptions qui sont des choix personnels, même s'ils ont été éclairés par d'autres.

Ainsi posé dans sa structure, le raisonnement pratique du médecin exhibe sa fragilité. Non seulement d'autres désirs (impulsions, appétits) que le souhait raisonné (*boulēsis*) peuvent contribuer à déterminer l'*orektikon* moteur de l'intelligence délibérative, mais celle-ci peut omettre des prémisses, se tromper sur les moyens à entreprendre, si bien que l'action qui clôt le raisonnement pratique peut être inadéquate. Si sa force réside dans la prise en compte des particularités de la situation, elle nécessite, comme nous l'avons vu précédemment, une esthésie aiguisée, l'exercice de la *phronēsis*, le courage et la *sôphrosunē*, soit beaucoup de composantes qui ne trouveront leur plein emploi qu'après un long apprentissage. Mais même cet apprentissage patient ne garantit pas de l'erreur. C'est ainsi que l'on peut comprendre le poids des recommandations dans la médecine contemporaine. Mais on peut aussi mieux saisir quelle place leur accorder. A un extrême, le médecin inquiet abandonne son jugement pratique pour s'en remettre totalement aux recommandations. Les impasses pratiques sont alors constamment au rendez-vous : le cas particulier ne tombe pas complètement sous la règle générale, les règles générales applicables sont contradictoires entre elles, les choix du malades

sont écartés de la détermination de la fin visée en situation, et même si le médecin sait ce qu'il doit faire, il ne sait pas pour autant comment il va faire. L'autre extrême – ne tenir aucun compte des recommandations générales – n'est pas tenable. Leur place correcte dans le raisonnement pratique est, nous semble-t-il, de faciliter la délibération en jouant le rôle d'un memento.

L'analyse de l'acrasie va nous permettre de préciser davantage certaines difficultés et échecs du raisonnement pratique.

D.3 L'ACRASIE

Les philosophes (analytiques) de l'action, des moralistes, des économistes et des spécialistes du management, se sont emparés de la question de l'acrasie, et ceux qui y voient un véritable problème soulèvent un certain nombre de questions qui sont débattues et controversées³⁰¹. Le point de départ souvent mentionné est l'article de Donald Davidson paru en 1970³⁰², qui a « remis au goût du jour la réflexion sur la faiblesse de la volonté »³⁰³ en « reprenant le problème où Aristote l'avait laissé »³⁰⁴. Quand Aristote discute du raisonnement acratique, il ne fournit pas de description très détaillée de la délibération³⁰⁵, ni un « portrait psychologique fouillé »³⁰⁶. Wittgenstein³⁰⁷, Anscombe³⁰⁸ et bien d'autres encore ont toutefois précédé Davidson sur quelques points. Nous ne pouvons ici reprendre pour les traiter, toutes les questions soulevées et analysées dans une littérature très abondante³⁰⁹, et nous nous contenterons de ce qui touche de près à la pratique médicale.

3.1. L'acrasie, un travers moral chez Aristote.

Dans le chapitre VII de l'*Ethique à Nicomaque* Aristote nomme trois travers moraux : le vice (dont le contraire est la vertu, ἀρετή – *aretē*), l'incontinence (ἀκρασία – *acrasia*, dont le contraire est l'*enkrateia*) et la bestialité (dont le contraire pourrait être cette vertu qui nous

³⁰¹ GNASSOUNOU Bruno, « Introduction générale », in *Philosophie de l'action. Action, raison et délibération*, textes réunis par Bruno Gnessounou, Paris, Vrin, 2007.

³⁰² DAVIDSON Donald, « How is weakness of the will possible? », trad. Pascal Engel, « Comment la faiblesse de la volonté est-elle possible? », in DAVIDSON Donald, *Actions et événements*, Paris, Presses Universitaires de France, « Epiméthée », 1993, p.37-66.

³⁰³ ANQUETIL Alain, « Corruption et faiblesse de la volonté », *Le journal de l'école de Paris du management* 2005/1 ;°51 : 9-15.

³⁰⁴ ENGEL Pascal, « Aristote, Davidson et l'akrasia », *Philosophie* 1984 ; 3 : 11-20.

³⁰⁵ De fait, l'analyse de la délibération est davantage traitée ailleurs dans l'*Ethique à Nicomaque*, et notamment dans le livre III. CURZER Howard J, « Aristotle's practical syllogism », *The philosophical forum* 2015; 46 (2):129-153.

³⁰⁶ NEF Frederic, « Raisonnement pratique, deduction et intuition des particuliers. Aristote, Davidson et Von Wright », 2007. HAL Archives ouvertes https://jeannicod.ccsd.cnrs.fr/ijn_00352686.

³⁰⁷ Notamment dans le *Cahier bleu*, quand il entend distinguer la cause de l'action (conjecturable uniquement) de son motif (que nous connaissons). WITTGENSTEIN Ludwig, *Le cahier bleu et le cahier brun*, Paris, Gallimard, « Tel », 1996, p.54.

³⁰⁸ ANSCOMBE Elizabeth, *L'intention*, op.cit.

³⁰⁹ Voir par exemple, outre les ouvrages déjà cités : DAVIDSON Donald, *Paradoxes de l'irrationalité*, trad. Pascal Engel, Combas, L'Eclat, « Tiré à part », 1991. ELSTER Jon, *Agir contre soi, la faiblesse de volonté*, op.cit. ; ELSTER Jon, *L'irrationalité...*, op.cit. ; RICOEUR Paul, *Anthropologie philosophique ; essais et conférences 3*, op.cit., première et deuxième partie (Phénoménologie du vouloir et Sémantique de l'agir).

dépasse, une sorte de perfection héroïque et divine) (*EN* 1145a20)³¹⁰. On a donc un ordre de perfection décroissant : perfection divine, vertu morale (*aretē*), maîtrise de soi (*enkrateia*), absence de maîtrise de soi (acrasie), vice, bestialité (*EN* 1145b1, note Bodéüs).

Osciller entre *enkrateia* et acrasie est notre lot commun : « la *sôphrosunē* et l'*akolasia* [la vertu et le vice] ont rapport à ce qui dépasse l'état habituel de la majorité des hommes » (*EN* 1152a25). C'est dans cet espace que la délibération peut tourner court.

L'acrasie caractérise ordinairement les actions où l'agent agit *para to doxan beltion*, à l'encontre de ce que l'opinion lui présente comme meilleur (*EN* 1145 b 26). *Akratos* signifie « absence d'un certain type de puissance ».

Aristote expose un certain nombre de questions embarrassantes, parce qu'elles heurtent des opinions communément admises (*endoxa*) dont il fait l'inventaire (*EN* 1145b5)³¹¹ : comment est-il possible d'avoir une vue correcte de ce qu'il faudrait faire, et cependant faire autre chose³¹²? Un vrai savoir (*epistēmē*) ne devrait-il pas être opérant dans tous les cas (*EN* 1145b3-1146a5) ? Si la science est inopérante, qu'est-ce qui peut contrer des appétits vigoureux, susceptibles de nous faire mal agir ? La *phronēsis* ? Mais le *phronimos* n'est-il pas justement celui qui possède la qualité d'exécuter ce qu'il pense être le mieux, car il l'œil sur les bonnes fins ? La *sôphrosunē* ? Mais ce qui est exigé est la maîtrise enkratique des appétits vigoureux et mauvais, alors que le *sôphron* a modéré ses appétits et n'a plus à lutter de toutes ses forces. L'enkratique qui résiste à ses appétits excessifs agit comme le *sôphron* mais sans plaisir, il a du mérite peut-être mais agit à contrecœur, le *sôphron* est tempéré mais agit avec plaisir. Autre problème (nous ne les mentionnons pas tous) : si la maîtrise de soi (*enkrateia*) fait que l'on tient ferme à n'importe quelle opinion, elle peut être mauvaise si on s'entête dans une fausse opinion³¹³.

³¹⁰ En fait une bête n'a ni vice ni vertu, et un dieu non plus.

³¹¹ a) l'*enkrateia* (la maîtrise de soi, la continence, le contraire de l'acrasie) fait partie des dispositions vertueuses, louables, et l'incontinence (acrasie) des vilaines choses, blâmables

b) le sujet enkratique (maître de lui-même) est celui qui sait s'en tenir à son raisonnement (*emmenitikos to logismo*), le sujet acratique est celui qui s'en écarte (*ekstatikos tou logismou*) [Tricot : enclin à s'en écarter ; Bodéüs : incline à l'oublier]

c) le sujet acratique agit tout en sachant qu'il exécute de vilaines actions, parce qu'il est poussé par l'affection. Le sujet enkratique, sachant que ses appétits sont vils, ne leur obéit pas, parce qu'il est poussé par la raison.

d) (on dit que) le *sôphron*, le tempérant, fait preuve d'*enkrateia*, qu'il est maître de soi. La *sôphrosunē* rosunē englobe l'*enkrateia* – c'est ce que nous avions supposé dans notre lecture de Simone Weil via Foucault. Mais l'inverse est-il vrai ? Est-ce que l'enkratique est *sôphron* ? Les avis sont partagés. [Notons que si tel est le cas, on confondrait l'ascèse et la vertu (cf ci-dessus Foucault sur *sôphrosunē* et *enkrateia*), la constitution du sujet moral et son état accompli, la lutte que suppose de dominer les désirs et le choix délibéré du juste milieu]. De même, est-ce que l'intempérant (*akolastos*) est acratique ? Et vice-versa parce que les deux conditions se confondent, ou bien non ? Les avis sont partagés.

e) Parfois on exclut que le *phronimos*, le sage, puisse être acratique, parfois on prétend que c'est compatible.

f) Enfin, on parle d'acratiques dans d'autres matières (l'ardeur, l'honneur et le profit) que celles de la tempérance, alors qu'il était établi antérieurement (*EN*, Livre III) que les domaines étaient identiques.

³¹² Certains (Socrate est visé) disent qu'avec la science, il est exclu qu'on puisse être acratique, car la science une fois en soi, on ne peut plus être dominé par quelque chose qui tiraille en tous sens comme si on était esclave. Nul ne fait le mal volontairement (Protagoras). Pour Socrate, l'acrasie n'existe pas, car on ne peut agir à l'encontre de ce qu'on sait être le mieux. Si l'acratique agit dans un certain sens, c'est qu'il est ignorant, mais dans ce cas on ne peut pas dire que le sujet acratique agit mal *tout en sachant* qu'il exécute de vilaines actions. Pour Aristote, cela va contre l'évidence.

³¹³ Ce problème là est vite résolu (*EN* 1151b4) L'obstiné n'est pas enkratique. Le premier est inaccessible à la raison, le second est seulement maître de ses appétits. Les obstinés sont soit des bornés, soit des incultes, soit des rustres.

Akolasia et acrasie, *sôphrosunē* et *enkrateia* relèvent pour Aristote du même domaine, à savoir les plaisirs corporels du toucher. C'est pourquoi les exemples qu'il donne relèvent du plaisir de goûter des aliments. Dans les autres domaines, on aura des analogues de l'acrasie³¹⁴.

Mais, de même que nous avons étendu le champ de la *sôphrosunē*, en suivant Platon et Simone Weil, nous pouvons étendre l'analyse des circonstances d'échec du raisonnement acratique à celles du raisonnement clinique. Le détour ultérieur par Spinoza étend d'ailleurs le rôle des affects.

3.2. Comment mal raisonner ?

Pour répondre à cette question, il convient de déterminer ce que signifie « savoir » ce qu'il faut faire. A quoi déroge l'acratique : est-ce un savoir, ou une opinion, ou autre chose? (*EN* 1146b24). Plusieurs étapes sont considérées.

Aristote rejette la valeur de la distinction entre science et opinion : du point de vue de la force de conviction, la science n'est pas supérieure à l'opinion. Pour Aristote, ce qui compte, c'est l'adhésion, la force de conviction, et elle peut être forte même si le savoir n'est pas assuré. Nous renvoyons à ce que nous disions de la croyance en une certaine vision d'EBM, et plus largement aux croyances des médecins, justifiées ou non.

Ensuite, ce qui compte c'est l'usage qu'on fait de la science qu'on a : y est-on attentif ou non ? Si on n'y prête pas attention, le savoir qu'on a ne peut être opérant. Ce qui est vraiment surprenant pour Aristote, c'est celui qui fait ce qu'il ne doit pas faire alors qu'il est attentif à la connaissance de ce qu'il ne faut pas faire. Nous discuterons un peu plus loin de ce qu'on appelle aujourd'hui l'inertie clinique et qui rentre dans ce cas.

De plus, on peut aller à l'encontre de la science qu'on possède si on fait des erreurs de raisonnement,

– soit parce qu'on ne fait pas usage de la prémisse particulière, celle qui permet de passer à l'action, car tous les actes que nous avons à faire sont des cas particuliers.

– soit parce que la prémisse particulière n'entre pas dans un syllogisme *pratique*, c'est-à-dire n'est pas exécutable, ne débouche pas sur une action. Ceci revient parfois à une confusion entre prémisse universelle concernant l'agent et prémisse universelle concernant l'objet.

Exemple donné par Aristote (*EN* 1147a 1-5):

1. (Universelle) *Tout homme tire avantage des aliments secs.*
2. Particulière non exécutable. *Je suis un homme; ou : telle espèce d'aliment est sèche* (qui est en fait une universelle concernant l'objet).

Il manque encore ceci : *cette nourriture que voici est de telle sorte* (qui amènerait la conclusion : à table !³¹⁵).

³¹⁴ Par exemple, pour Aristote, se préoccuper de façon excessive de l'honneur de ses enfants ou de ses parents. On précise en général le point sur lequel on constate l'incapacité de maîtriser (son ardeur, la recherche d'honneur, le profit), car on ne peut déclarer l'individu mauvais tout simplement. C'est relativement bénin. Celui qui ne résiste pas à ce à quoi la plupart résistent est un *mou*. Par exemple celui qui joue au malade et prend des airs misérables alors qu'il sait bien qu'il n'est pas dans la misère.

Ces cas de faillite du raisonnement sont fréquents en médecine : par exemple les règles sont connues, mais on ne considère pas le cas particulier comme une situation où elles s'appliquent. Ou encore, le manque d'expérience empêche de passer à l'action.

De plus, dans certaines situations, il y a aussi ignorance de fait, malgré un savoir en puissance : quand on dort, qu'on délire, qu'on est ivre, on a la science sans l'avoir réellement à disposition. Exemple d'Aristote : je peux dire « ce gâteau est nocif », mais comme une récitation d'ivrogne. La puissance est engourdie. C'est bien la disposition dans laquelle on se trouve si on est en proie à la passion. Des élans d'ardeur, des appétits sexuels vont jusqu'à perturber le corps, et produire des accès de délire. Les acratiques sont dans un état semblable, ils sont affectés dans leur état psychique, on ne peut donc leur prêter un savoir qui permette de passer à l'action. Le Dr Antoine Thibault ne s'est pas laissé aller à l'ivresse, mais d'autres passions que l'appétit sexuel sont susceptibles d'éloigner un savoir qu'on a à disposition en puissance : ce qu'on appelle souvent le « biais de regret » – un regret anticipé de devoir causer du tort à son patient, en lui annonçant par exemple une complication de sa maladie – peut expliquer que ce qui devrait être fait (en vertu du savoir, s'il était effectivement à disposition) est différé *sine die*³¹⁶.

De plus, les acratiques s'expriment parfois en mots savants, débitent des formules, comme les débutants qui ont appris des arguments sans que le savoir n'ait eu le temps de se fondre en leur nature³¹⁷. Autrement dit, le savoir doit être incorporé, et cela prend du temps. Un savoir non incorporé ressemble à des formules apprises par cœur : il ne s'agit pas réellement d'une faiblesse de la volonté, mais d'un pseudo-savoir impuissant.

3.3. La cause « physique » de l'acrasie

Aristote propose une explication physique (et non morale) de la cause de l'acrasie (*EN* 1147a 25 sq.) : la prémisses universelle exprime une opinion, la seconde porte sur les choses particulières, qui relève de l'*aisthēsis*, de la sensation³¹⁸. Quand dans la psyché se forme une seule pensée de la réunion des deux prémisses, la conclusion est nécessairement soit affirmée, soit, dans le cas de prémisses relatives à la production, exécutée directement.

Reprenons l'exemple d'Aristote : « on doit goûter ce qui est tout ce qui sucré » (majeure universelle) et « voilà une chose sucrée » (prémisse singulière) : il faut que le sujet y goûte sur le champ s'il est capable d'agir (il en a le désir, l'appétit) et n'est pas empêché de le faire (c'est derrière une vitrine ou un interdit est posé).

Le syllogisme pratique est de ce type :

³¹⁵ Cette conclusion n'est pas présente dans l'exemple d'*EN*. Nous la tirons du traité *Du mouvement des animaux*. Dans un certain nombre de cas la prémisse particulière n'est même pas formulée, ou du moins l'âme ne s'y arrête pas : « Il faut que je boive », je vois un verre d'eau, je bois aussitôt ; sans réfléchir.

³¹⁶ Ce que d'autres qualifieraient peut-être comme cas de « duperie de soi » : (a) le sujet croit que P ; (b) mais il désire croire que non P ; (c) ce qui le conduit à croire que non P. ENGEL Pascal, « Akrasia pratique et akrasia épistémique », *Le Philosophoïre* 2007/2 ; 29 : 63-79.

³¹⁷ Cf. PLATON, *Phèdre*, 268 : « Cet homme est fou. Pour avoir appris dans un livre ou être par hasard tombé sur quelques recettes, il se croit devenu médecin, alors qu'il n'entend rien à l'art médical. »

³¹⁸ On retrouve ici le rôle central de l'*aisthēsis* déjà mentionné dans les deux premiers chapitres de cette troisième partie.

Chapitre XIII

Majeure : « on doit goûter ce qui est tout ce qui sucré »

Mineure : « voilà une chose sucrée »

Conclusion exécutée : goûtons-y!

Si on suppose maintenant que sont présentes à l'esprit l'opinion universelle « il est interdit de goûter » (le sujet est donc empêché), et d'autre part l'opinion « tout ce qui est sucré est agréable », ainsi que « ceci est sucré » :

Le dilemme né de la concurrence des opinions pouvant servir de prémisse majeure dans le syllogisme pratique peut être ainsi schématisé :

Se nourrir de choses sucrées est mauvais pour la santé – On doit goûter tout ce qui sucré

Mineure : voilà une chose sucrée

n'y goûtons pas! ou goûtons-y !

Deux prémisses majeures s'opposent, *sans toutefois se contredire*³¹⁹. S'il y a *en plus* un appétit, dit Aristote (EN 1147a32), il est capable de mettre en mouvement chaque partie du corps, malgré l'interdit. Ce qui est donc présent à l'esprit est donc en réalité ceci :

Deux opinions : On ne doit pas manger ce qui est sucré - On doit goûter ce qui est tout ce qui sucré

+ un appétit qui fait privilégier l'opinion en faveur de goûter

voilà une chose sucrée (opinion déterminant l'action)

goûtons-y !

La proposition qui interdit n'est pas une vraie connaissance *en acte*, elle a une puissance limitée comme celle de l'apprenti savant, qui se borne à dire ce qu'il ne comprend pas exactement (ou de l'intérieur pourrait-on dire). Dire que c'est l'appétit qui le conduit signifie que c'est l'intelligence animée de désir qui nous met en mouvement et produit l'action. Car

« La pensée par elle-même cependant n'imprime aucun mouvement, mais seulement la pensée dirigée vers une fin d'ordre pratique. Le choix préférentiel est un intellect désirant ou un désir raisonnant » (EN 1139 a 35).

Par conséquent ce qui arrive dans pareil cas, c'est qu'on est victime d'acrasie par l'effet d'un argument, d'un jugement qui n'est pas *en lui-même*, essentiellement, contraire à l'*orthos logos*, mais seulement par accident (*kata sumbebekos*), de manière contingente donc : car c'est l'appétit qui est contraire à l'*orthos logos*, pas le jugement³²⁰. Le vrai motif de l'acrasie est donc le désir qui éveille l'opinion générale de l'agréable (tout ce qui est sucré est agréable) dès que se présente une chose agréable et laisse impuissante la connaissance du bien si ce dernier n'est pas agréable (il est interdit d'y goûter). L'acratique a une connaissance sensible perturbée par le désir. La connaissance sensible est cause d'une absence de science en acte. Elle n'abolit pas la science, mais la rend ineffective, car la prémisse universelle de l'*orthos logos* n'est pas activée.

³¹⁹ Comme le précise Ogien. OGIEN Ruwen, « La faiblesse de la volonté est-elle toujours irrationnelle ? », in *Le rasoir de Kant et autres essais de philosophie pratique*, Paris, L'Eclat, 2006, p.59.

³²⁰ L'acratique n'est donc pas un pervers ou un vicieux qui agit délibérément selon des principes contraires à la droite règle, mais quelqu'un qui parfois ne sait pas maîtriser ses appétits et se laisse guider par eux. LEMAIRE Juliette, « Les causes de l'*akrasia* chez Aristote – variation socratique ou texte aristotélicien ? », https://f-origin.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/2654/files/2016/01/J_Lemaire_causesAkrasia.pdf.

L'agent perd en quelque sorte le contact avec ce qu'il sait³²¹. Cette perte de contact peut avoir lieu au moment des conclusions de la délibération (faiblesse), ou en amont, en empêchant la délibération (précipitation).

Ces passages sur l'acrasie s'éclairent de développements qu'on trouve dans *Le mouvement des animaux (DMA)* : réflexion et désirs suscitent le mouvement³²².

« Les animaux qui désirent agir produisent ou agissent, tantôt par l'intermédiaire de l'appétit ou de l'impulsion, et tantôt par l'intermédiaire du désir ou du souhait »³²³.

Donc d'un côté la raison, de l'autre l'appétit, entre les deux le choix effectué, et la conscience de ce qui se passe. Chez l'acratique, c'est l'affection qui a le dessus, la raison est comme impuissante, mais la conscience de mal agir est là. Chez l'enkratique, la raison donne la force de résister, de ne pas obéir. On a l'impression donc d'une pathologie de la volonté, du choix, de la décision. Pierre Marie insiste sur la « suspension du pouvoir d'action de la règle pratique des usages ». Une « règle singulière (...) prend le pas sur la règle collective dans la réalisation de l'action, de sorte que l'*akrasie* s'impose à l'agent³²⁴ ». Motifs (règle d'action) et mobiles (perceptions) se donnent pareillement dans des énoncés³²⁵. Pour Toner, qui reprend les notations d'Aristote sur l'acrasie, tous les cas, toutes les variantes peuvent être réunis sous un seul principe acratique : ils manquent tous d'une connaissance pleinement active (qui informe effectivement le désir), c'est à dire d'une connaissance à son degré d'actualité le plus élevé³²⁶.

C'est réellement un problème pour l'action en général, et pour l'action médicale en particulier, d'autant que nous avons insisté sur l'importance de la connaissance sensible. On peut pousser plus loin l'intrication de la raison et du désir en se tournant vers Spinoza, dont on saisira au passage la forte parenté de vue avec les perspectives aristotéliennes. Un autre intérêt est que Spinoza envisage le rôle général des affects, pas seulement celui des appétits touchant aux plaisirs du toucher.

³²¹ ENGEL Pascal, « Aristote, Davidson et l'akrasia », art.cit.

³²² ARISTOTE, *DMA* 700b15-30 : « ce qui met en mouvement l'animal c'est, aussi bien, la réflexion, la sensation, l'imagination, la décision, le souhait, l'impulsion et l'appétit. Et tous ces états se ramènent à l'intellect et au désir (en effet l'imagination et la sensation tiennent la même place que l'intellect), car tous servent à discriminer bien qu'ils se distinguent les uns des autres. Le souhait, l'impulsion et l'appétit relève tous du désir, tandis que la décision est un État commun à la réflexion et au désir, de sorte que le désirable et ce qui est objet de réflexion sont les premiers à susciter le mouvement ; non pas cependant tout objet de réflexion, mais la fin des activités. Dès lors c'est un tel bien qui est moteur, et non pas tout ce qui est bel et bon. Il faut par ailleurs admettre que le bien apparent tient aussi la place du bien, et que c'est aussi le cas de l'agréable, car c'est un bien apparent. »

³²³ ARISTOTE, *DMA* 701a9-25 : « mais quel est le mode de pensée qui fait que l'on agit ou non et que l'on se met en mouvement ou non ? Il semble que cela se passe à peu près comme quand on réfléchit et qu'on fait des raisonnements à propos des êtres immobiles. Mais dans ce dernier cas la fin est une proposition théorique alors que dans le cas présent la conclusion qui découle des deux prémisses c'est l'action. Les choses que nous faisons sans calculer nous les faisons rapidement. Par exemple si l'on pose que la promenade est bonne pour l'homme on ne s'arrête pas au fait que l'on est soi-même un homme. Quand on passe à l'acte en vue de la fin sous l'effet de la sensation, de l'imagination de l'intellect, ce que l'on désire, on le fait aussitôt car l'acte du désir vient la place de l'interrogation de la pensée. Il faut que je boive dit l'appétit ; voici quelque chose à boire dit la sensation imagination ou l'intellect, et l'on boit aussitôt. C'est donc de cette manière que les animaux tendent au mouvement et à l'action étant donné d'une part que le désir est la cause ultime du mouvement et d'autre part qu'il se produit par l'intermédiaire de la sensation ou de l'imagination et de la pensée. Les animaux qui désirent agir produisent ou agissent, tantôt par l'intermédiaire de l'appétit ou de l'impulsion, et tantôt par l'intermédiaire du désir ou du souhait ».

³²⁴ MARIE Pierre, *La croyance, le désir et l'action*, Paris, Presses Universitaires de France, 2011, p.88-89.

³²⁵ Ibid., p.103-104.

³²⁶ TONER Christopher, « Akrasia revisited... », art.cit..

3.4. L'acrasie chez Spinoza : une servitude humaine

Spinoza traite la question de l'acrasie dans la partie IV de l'Ethique (« De la servitude humaine, autrement dit des forces des affects »), et indique une solution dans la partie V (« De la puissance de l'entendement et de la liberté de l'homme »). En réalité, l'acrasie n'est pas nommée, ni définie, et on ne trouve pas les termes d'incontinence ou d'intempérance³²⁷. La préface de EIV indique pourtant expressément la parenté entre l'acrasie et la servitude liée aux affects:

« L'impuissance humaine à maîtriser et à contrarier les affects, je l'appelle servitude ; en effet, l'homme soumis aux affects est sous l'autorité non de lui-même, mais de la fortune, au pouvoir de laquelle il se trouve à ce point qu'il est souvent forcé quoiqu'il voie le meilleur pour lui-même, de faire pourtant le pire » (E IV préface).

Selon un schéma proche du syllogisme pratique chez Aristote, il pose que le but visé (qu'on appelle cause finale) est en fait l'appétit humain qui est au principe de l'action³²⁸.

Et même si « bon » et « mauvais » n'indiquent « rien de positif dans les choses, considérées du moins en elles-mêmes, et ne sont autre chose que des modes de penser » (E IV préface), Spinoza précise qu'il continuera d'employer ces termes dans un sens le sens suivant :

« par bon, j'entendrai donc (...) ce que nous savons avec certitude être un moyen de nous approcher de plus en plus du modèle de la nature humaine que nous nous proposons; par mauvais, au contraire, ce que nous savons avec certitude nous empêcher de reproduire ce modèle. Ensuite nous dirons que les hommes sont plus parfaits ou plus imparfaits, suivant qu'ils approchent plus ou moins de ce même modèle. » (E IV préface).

Suivent alors ces définitions qui répètent ce qui vient d'être dit dans la Préface.

1. Par bon, j'entendrai ce que nous savons avec certitude nous être utile
2. Par mauvais, au contraire, ce que nous savons avec certitude empêcher que nous possédions quelque bien.
7. Par fin, pour laquelle nous faisons quelque chose, j'entends l'appétit.

On se souvient aussi que le désir a été défini comme l'appétit avec conscience de l'appétit et comme l'essence même de l'homme, ce qui le détermine à agir de telle manière pour persévérer dans son être (E III prop.9 et scolie; EIII déf.affects 1 et explication)

Avant de démontrer la cause de l'acrasie, quelques jalons sont posés. La connaissance du vrai ne supprime pas ce que l'idée fautive avait de positif : c'est l'exemple fameux de l'impression de notre distance au soleil (E IV, prop.1)³²⁹. Faisant partie de la Nature, l'homme

³²⁷ Nous nous sommes appuyés sur le travail de Gagnon pour repérer les passages significatifs. GAGNON Jacques-Henri, « Spinoza et le problème de l'akrasia : Un aspect négligé de l'ordo geometricus », *Philosophiques* 2002 ; 29 (1) : 57-71.

³²⁸ SPINOZA, EIV, préface : « Aussi bien, ce qu'on appelle cause finale n'est rien, à part l'appétit humain, en tant qu'il est considéré comme le principe ou la cause fondamentale d'une chose. Par exemple, lorsque nous disons que l'habitation a été la cause finale de telle ou telle maison, nous n'entendons alors certes rien d'autre, sinon qu'un homme, du fait qu'il a imaginé les commodités de la vie domestique, a eu l'appétit de construire une maison ».

³²⁹ E IV, prop.1 : « Rien de ce qu'une idée fautive a de positif n'est enlevé par la présence du vrai, en tant que vrai ». Scolie : « Par exemple, lorsque nous regardons le soleil, nous imaginons qu'il est distant de nous d'environ 200 pieds, en quoi nous trompons aussi longtemps que nous ignorons sa vraie distance ; mais celle-ci étant connue, l'erreur certes est enlevée, mais non l'imagination, c'est-à-dire l'idée du soleil, qui n'explique la nature de

suit son déterminisme et est soumis aux passions (EIV, prop.4, et cor.)³³⁰. La force des passions dépend de la puissance des causes extérieures, comparée avec la nôtre (E IV, prop.5), et elles peuvent surpasser les autres actions de l'homme (EIV, prop.6). Un affect peut être empêché ou enlevé par un affect contraire plus fort, et uniquement ainsi (EIV, prop.7). La force des affects est d'autant plus grande que la cause (imaginée) est présente (plutôt qu'absente ou lointaine dans le temps) et qu'elle apparaît nécessaire (plutôt que simplement contingente) (E IV, prop. 9 à 13).

L'acrasie pose le problème de la connaissance du bon et du mauvais. Pour Spinoza, cette connaissance « n'est rien d'autre qu'un sentiment de joie ou de tristesse, en tant que nous en sommes conscients » (E IV, prop.8).

Cette connaissance, même vraie, n'est susceptible de contrarier un affect que si elle est elle-même envisagée comme un affect (E IV, prop.14). Jacques-Henri Gagnon souligne l'importance de cette proposition par rapport à l'acrasie, « car celle-ci se pose dans les termes d'une vraie connaissance du bien et du mal, c'est-à-dire d'une connaissance adéquate »³³¹.

La « vraie connaissance du bien et du mal » fait naître des désirs. Mais ceux-ci peuvent être contrariés par « beaucoup d'autres désirs qui naissent des affects auxquels nous sommes en proie » (E IV, prop.15), et d'autant plus facilement contrarié que la connaissance porte sur le futur (par rapport à un désir pour des choses agréables immédiatement présentes) (E IV, prop.16), ou que la connaissance a trait à des choses contingentes (plutôt que présentes) (E IV, prop.17).

Je cite intégralement le scolie qui suit E IV prop.17 :

« Je crois avoir montré par ce qui précède la cause pourquoi les hommes sont plus émus par l'opinion que par la Raison vraie, et pourquoi la connaissance vraie du bon et du mauvais excite des émotions dans l'âme et le cède souvent à tout genre d'appétit sensuel d'où ce mot du Poète : *Je vois le meilleur et je l'approuve, je fais le pire*³³². L'Ecclésiaste paraît avoir eu la même pensée en disant : *Qui accroît sa science accroît sa douleur*³³³. Et si je dis cela, ce n'est pas en vue d'en conclure que l'ignorance vaut mieux que la science ou qu'entre un sot et un homme d'entendement il n'y ait aucune différence en ce qui touche le gouvernement des affections ; c'est parce qu'il est nécessaire de connaître tant l'impuissance que la puissance de notre nature, afin que nous puissions déterminer ce que peut la Raison et ce qu'elle ne peut pas pour le gouvernement des affections ; et, j'ai dit que dans cette Partie je traiterai seulement de l'impuissance de l'homme. Car j'ai résolu de traiter séparément de la puissance de la Raison sur les affections » (E IV, prop.17, scolie).

celui-ci que dans la mesure où le corps en est affecté ; et par conséquent, quoique nous connaissions sa vraie distance, nous n'imaginerons pas moins qu'il est près de nous ».

³³⁰ EIV, prop.4. « Il ne peut se faire que l'homme ne soit pas une partie de la Nature, et qu'il ne puisse subir aucuns changements, sinon ceux qui peuvent se comprendre par sa seule nature et dont il est la cause adéquate. Cor : Il suit de là que l'homme est nécessairement toujours soumis aux passions, qu'il suit l'ordre commun de la Nature et y obéit, et qu'il s'y adapte autant que la nature des choses l'exige ».

³³¹ GAGNON Jacques-Henri, « Spinoza et le problème de l'akrasia ... », art.cit.

³³² OVIDE, *Métamorphoses*, VII, 20 : Médée : « Je vois le bien et je l'approuve, et c'est au mal que je me laisse entraîner ».

³³³ *Ancien Testament, Ecclésiaste*, I : « [17] J'ai étudié avec soin la sagesse et le savoir, la sottise et la folie. Je comprends que cela même est poursuivre le vent. [18] Beaucoup de sagesse, beaucoup de chagrin. Plus de savoir, plus de peine. »

Nous en sommes pour l'instant au constat, au diagnostic étiologique de l'acrasie. Mais, si la solution est déjà en germe dans la suite de E IV (le scolie de E IV, prop.18 indique le programme³³⁴ et E IV, prop.61 énonce que « Un Désir tirant son origine de la Raison ne peut avoir d'excès ») elle ne sera complètement élaborée que dans la partie V.

3.5. Former des idées claires de ses affects

La solution au problème de l'acrasie est centrée sur la connaissance adéquate des affects. *Un affect qui est une passion, cesse d'être une passion, sitôt que nous en formons une idée claire et distincte.* (E V, prop.3). C'est donc une affaire d'entendement. La connaissance est supposée amener la liberté (et non la douleur, comme dans la partie précédente, où la clarification n'a pas encore eu lieu). Elle est possible : « Il n'est point d'affection du Corps dont nous ne puissions former quelque concept clair et distinct », et de même pour l'âme, précise le corollaire (E V, prop.4). Le scolie est explicite :

« Chacun a le pouvoir de se connaître lui-même et de connaître ses affections, sinon absolument, du moins en partie, clairement et distinctement et de faire en conséquence qu'il ait moins à en pâtir. A cela nous devons travailler surtout, à connaître, veux-je dire, autant que possible chaque affection clairement et distinctement, de façon que l'Âme soit déterminée par chaque affection à penser ce qu'elle perçoit clairement et distinctement, et où elle trouve un plein contentement » (E V, prop.4, scolie).

Et c'est tout naturellement alors que les « Désirs naissant habituellement de cette affection ne pourront avoir d'excès ». Un même appétit, un même désir, est tenu pour vertu s'il est excité par une idée adéquate (alors qu'il est passion subie en tant qu'il naît d'idée inadéquate).

Suivent un certain nombre d'exercices spirituels. Le scolie de E V prop.20 récapitule les remèdes aux affects (= les possibilités de l'âme pour les contrer) : les connaître; les séparer des pensées confuses de la cause extérieure; remplacer par ce travail les idées confuses par des idées de plus en plus claires et présentes; les rapporter au commun des choses; les mettre en

³³⁴ E IV, prop. 18, scolie : « Il me reste à montrer ce que la Raison nous prescrit et quelles affections s'accordent avec les règles de la Raison humaine, quelles leur sont contraires. (...) Comme la Raison ne demande rien qui soit contre la Nature, elle demande donc que chacun s'aime lui-même, cherche l'utile propre, ce qui est réellement utile pour lui, appète tout ce qui conduit réellement l'homme à une perfection plus grande et, absolument parlant, que chacun s'efforce de conserver son être, autant qu'il est en lui. (...) Ensuite, puisque la vertu (*Déf. 8*) ne consiste en rien d'autre qu'à agir suivant les lois de sa nature propre, et que personne ne peut conserver son être (*Prop. 7, p. III*) sinon suivant les lois de sa nature propre, il suit de là : 1° Que le principe de la vertu est l'effort même pour conserver l'être propre et que la félicité consiste en ce que l'homme peut conserver son être ; 2° Que la vertu doit être appétée pour elle-même (...). Il y a donc hors de nous beaucoup de choses qui nous sont utiles et que, pour cette raison, il nous faut appéter. Parmi elles la pensée n'en peut inventer de meilleures que celles qui s'accordent entièrement avec notre nature. Car si, par exemple, deux individus entièrement de même nature se joignent l'un à l'autre, ils composent un individu deux fois plus puissant que chacun séparément. Rien donc de plus utile à l'homme que l'homme ; les hommes, dis-je, ne peuvent rien souhaiter qui vaille mieux pour la conservation de leur être, que de s'accorder tous en toutes choses de façon que les Âmes et les Corps de tous composent en quelque sorte une seule Âme et un seul Corps, de s'efforcer tous ensemble à conserver leur être et de chercher tous ensemble l'utilité commune à tous ; d'où suit que les hommes qui sont gouvernés par la Raison, c'est-à-dire ceux qui cherchent ce qui leur est utile sous la conduite de la Raison, n'appètent rien pour eux-mêmes qu'ils ne désirent aussi pour les autres hommes, et sont ainsi justes, de bonne foi et honnêtes (...) ».

ordre³³⁵. Progressivement, la proportion d'idées adéquates grandira dans l'âme, et sa puissance en sera augmentée, etc.

Comme le dit Gagnon,

« ce qui est décrit là n'est ni plus ni moins qu'une restructuration de l'imagination qui s'opère en liant entre elles les images des choses particulières selon un ordre correspondant à l'essence de l'homme, c'est-à-dire un ordre rationnel. Et la pratique de ces exercices fera en sorte que ces images seront plus fortement enchaînées entre elles et que nous les aurons toujours sous la main »³³⁶.

Cette voie peut tomber sous l'objection d'être intellectualiste et de faire l'impasse sur les émotions : pourtant, avoir une idée claire des affects ne signifie en rien être désaffecté, au contraire cela offre la capacité d'être affecté de plus nombreuses manières. Sans s'appuyer aucunement sur Spinoza, Lacewing aboutit à des conclusions analogues³³⁷.

Quelles conclusions pratiques en tirer pour le médecin, afin de rendre son raisonnement clinique plus adéquat ? Reconnaître les affects qui nous traversent, s'en former des idées plus claires, c'est le chemin indiqué pour que la *boulēsis* prenne le dessus sur les impulsions et les appétits. Comment faire ? On peut se référer à Galien, dont nous avons dit qu'il préconisait, pour demander la vérité sur soi-même, de s'adresser à un sage qui a dominé ses passions, car, si on ne peut se juger soi-même, « puisque nous nous aimons trop », il est possible de juger un autre « qui ne vous soit ni cher ni suspect »³³⁸. L'apprentissage se fait par petites touches : après avoir quitté le malade, le jeune médecin, s'il est dans un rapport de confiance avec un aîné (cf. la *philia* entre maître et élève³³⁹), échange avec lui sur les affects qui l'ont traversé. Il y a aussi les discussions informelles entre collègues, ou plus organisées comme les groupes Balint ou d'autres modalités d'échanges réflexifs sur la pratique. L'intérêt d'une cure analytique est à mentionner ici aussi, en tant qu'elle ouvre des perspectives nouvelles, qui restent le plus souvent dans l'ombre dans les échanges entre pairs, limités par l'image de soi qu'on entend préserver.

D.4 L'INERTIE CLINIQUE, UNE ACRASIE MEDICALE.

Comme nous l'avons dit, la philosophie contemporaine porte un grand intérêt à l'acrasie et décortique les étapes qui précèdent l'action, précisant ou réfutant Aristote. Nous nous

³³⁵ E V, prop.10, scolie : « Ce pouvoir d'ordonner et d'enchaîner nos affections corporelles suivant la droite raison nous rend capables de nous soustraire aisément à l'influence des mauvais affects ; car (par E V, prop.7 : les affects qui proviennent de la raison ou qui sont excités par elle sont plus puissants, si l'on a égard au temps, que ceux qui se rapportent aux objets particuliers que nous considérons comme absents.) pour empêcher des affects ordonnés et enchaînés suivant la droite raison, une plus grande force est nécessaire que pour des affects vagues et incertains. Ainsi donc, ce que l'homme a de mieux à faire tant qu'il n'a pas une connaissance accomplie de ses affects, c'est de concevoir une règle de conduite parfaitement droite et fondée sur des principes certains, de la déposer dans sa mémoire, d'en faire une application continuelle aux cas particuliers qui se présentent si souvent dans la vie, d'agir enfin de telle sorte que son imagination en soit profondément affectée, et que sans cesse elle se présente aisément à son esprit. »

³³⁶ GAGNON Jacques-Henri, « Spinoza et le problème de l'akrasia ... », art.cit.

³³⁷ LACEWING Michael, « Emotional self-awareness and ethical deliberation », *Ratio* 2005;18 (1): 65-81.

³³⁸ GALIEN Claude, *Traité des passions de l'âme et de ses erreurs*, op.cit., p.35.

³³⁹ POUUNET Richard, POUUNET L., « Apports de l'amitié aristotélicienne pour l'éthique de la relation entre internes et médecins séniors », *Ethique et Santé* 2017 ; 14 : 225-230.

contenterons de quelques notations utiles à comprendre comment se pose aujourd'hui la question de l'inertie clinique, qui a été comparée à une forme d'acrasie spécifique au médecin.

4.1. La faiblesse de la volonté

Anscombe évoque le vouloir dans le raisonnement pratique. Elle ne s'intéresse pas au souhait vain (Ah ! si seulement...). Vouloir peut recouvrir l'aiguillon du désir (plus la chose est envisageable, plus le souhait se change en volonté-espoir) sans qu'on ne fasse rien pour obtenir ce qu'on veut, alors qu'on pourrait agir. Mais pour Anscombe, le « signe primitif du vouloir est *d'essayer d'obtenir* »³⁴⁰, et volition et connaissance sont indépendantes : la connaissance peut être une opinion, ou même une simple idée. Von Wright estime quant à lui que « agir en conséquence » englobe les cas où la personne essaie de faire, sans y parvenir (elle échoue ou est empêchée)³⁴¹.

Davidson dit que l'action peut être décrite comme le produit causal d'une intention (l'action n'est pas un comportement au sens étroit) et de raisons (explicatives) d'agir, qui sont indépendants³⁴². Le jugement pratique s'est enrichi d'une étape. Dans le raisonnement pratique l'agent pèse les raisons pour et les raisons contre une certaine action. Sa délibération (après avoir passé en revue toutes les raisons pertinentes pour sa décision) débouche sur un jugement « tout bien pesé » (*all things considered*) qui est conditionnel : « Tout bien pesé, je devrais faire x ». Ce jugement conditionnel doit être suivi d'une intention³⁴³, d'un engagement dans l'action, qui est un jugement catégorique, inconditionnel : « Je devrais faire x » ou « x est désirable ». Notons qu'on s'éloigne alors de l'inférence pratique aristotélicienne qui se conclut dans l'action.

Une personne peut juger que, tout bien pesé, il est meilleur pour elle de faire quelque chose, mais ne pas avoir l'intention d'accomplir l'action, et ne pas l'accomplir. C'est cette indépendance de l'intention qui expliquerait la possibilité d'être acratique³⁴⁴. Un argument en faveur de l'indépendance entre intention et raisons peut être tiré des remarques de Von Wright sur la phrase célèbre de Kant :

« Qui veut la fin, veut aussi (dans la mesure où la raison a sur ses actions une influence décisive) le moyen qui est en son pouvoir [*in seiner Gewalt*] et qui est indispensablement nécessaire pour y parvenir »³⁴⁵.

Si Kant a raison, alors celui qui veut la fin veut aussi les moyens nécessaires pour la réaliser. Mais faire une chose en vue d'une fin, n'est pas faire cette chose pour elle-même, et donc la vouloir pour elle-même. Il peut y avoir, contrairement à ce qu'affirme Kant, un conflit

³⁴⁰ ANSCOMBE Elizabeth, *L'intention, op.cit.*, p.122 (italiques de l'auteur).

³⁴¹ VON WRIGHT GH, art.cit.

³⁴² Même si une raison d'agir est elle-même la combinaison d'un désir, d'une valeur, d'un but, et d'une croyance (en agissant de telle manière le but peut être atteint)

³⁴³ Anscombe par contre ne fait pas suivre le raisonnement de l'intention, mais elle dit que la chose décrite au point de départ de l'argument doit être voulue pour que le raisonnement conduise à une action. ANSCOMBE Elizabeth, *L'intention, op.cit.*, p.120.

³⁴⁴ Pour notre part, nous dirions plus simplement que le « tout bien pesé » a ignoré une part de l'*orexis*. A ce niveau d'analyse, seul le récit sans complaisance de celui qui a agi peut livrer la signification de son acte. De l'extérieur, on pourra toujours se tromper sur la rationalité ou l'irrationalité de l'agent.

³⁴⁵ KANT Emmanuel, *FMM*, AK IV 417.

entre vouloir la fin et une inclination naturelle contre l'usage des moyens nécessaires pour y parvenir³⁴⁶.

Par exemple, la réalisation d'un grand nombre de gestes techniques (biopsie ostéo-médullaire, pose d'un drain thoracique, mise en place d'une voie d'abord veineux profonde, etc.), voulus comme fins, exigent des moyens (nécessité pratique) qui impliquent une douleur infligée au malade, moyens qui ne sont donc voulus que relativement à une fin qui les précède, et non pas pour eux-mêmes. Faire la chose à moitié, laisser l'inclination naturelle (ne pas faire souffrir) l'emporter sur la volonté d'atteindre la fin (diagnostique ou thérapeutique), ou au contraire se forcer à agir : il semble bien que la force ou la faiblesse de la volonté soit en question. On peut voir aussi, à nouveau, qu'en médecine accomplir son devoir (obligation légale et/ou morale : prodiguer les meilleurs soins possibles) entre dans la nécessité pratique (par exemple : mettre un drain thoracique). L'obligation légale ou morale laisse toujours au médecin le soin de considérer l'ensemble des mesures à prendre et des étapes à franchir pour y satisfaire. Von Wright distingue ainsi les obligations primaires et les obligations dérivées, qui relèvent de la rationalité pratique³⁴⁷.

Dans les cas normaux d'action non acratiques, l'action de l'agent reflète le contenu de ses jugements. Dans les cas acratiques, elle entre en conflit avec eux. On a affaire à des causes qui ne sont pas les causes « appropriées », ou à des causes qui ne sont pas des raisons *pour* l'action. Dans le cas acratique, l'agent agit contre son meilleur jugement. Engel estime que si on prend au sérieux le problème de l'acrasie, il faut la distinguer « des cas où l'agent est gouverné par la passion, ou rendu aveugle par la force de ses désirs »³⁴⁸, ce qui permet peut-être de se concentrer sur le raisonnement lui-même, mais restreint le cadre aristotélicien, et à notre avis manque l'affaire : car si on peut extraire par convention les cas extrêmes où l'impulsion et les appétits sont seuls à la manœuvre, on ne saurait dégager complètement le raisonnement des affects qui le modulent. On ne parlera d'irrationalité que par rapport à un modèle de rationalité qui ignore l'inconscient, et plus banalement le poids des émotions dans la délibération. Or, aujourd'hui, il est commun de considérer, comme le fait par exemple Elster, la décision rationnelle comme la plus à même de réaliser le désir du décideur et reposant sur trois piliers : la rationalité instrumentale (qui permet au sujet de réaliser l'action qui réalise au mieux ses désirs, étant données ses croyances), des croyances rationnelles (qui ont le plus de chances d'être vraies au vu des informations disponibles) et une recherche optimale d'informations³⁴⁹. On risque alors de ne voir nulle part aucune décision rationnelle, étant donné que le régime commun de la délibération est d'être parasité par des affects, et que le raisonnement pratique ne consiste pas en une déduction. On a aussi oublié au passage que la logique du raisonnement pratique laisse la place à un choix, ce qui signifie que la notion de meilleur choix, « tout bien considéré », n'est pas tout à fait appropriée. Est-ce le positivisme médical qui explique que la théorie de l'utilité espérée reste vivace, alors même qu'elle ne rend pas compte des choix humains³⁵⁰? Les espoirs mis dans l'intelligence artificielle ne sont-ils pas nourris des craintes

³⁴⁶ VON WRIGHT GH, art.cit.

³⁴⁷ VON WRIGHT GH, art.cit.

³⁴⁸ ENGEL Pascal, « Aristote, Davidson et l'akrasia », art.cit.

³⁴⁹ ELSTER Jon, *L'irrationalité...*, op.cit., p.30.

³⁵⁰ KAHNEMAN Daniel, TVERSKY Amos, « Prospect theory : an analysis of decision under risk », art.cit.

que font peser les biais potentiels de jugement sur nos capacités à faire « les bons choix » ? Mais c'est oublier que l'algorithme le plus performant ne fournira qu'une probabilité. Quand nous nous orientons dans la vie, nous nous contentons le plus souvent de juger nos conduites raisonnables ou non, sans nous préoccuper de confondre énoncés cognitifs et énoncés de croyance.

Ce qui rapproche l'acrasie du raisonnement pratique évoqué plus haut (cf. § D2) tient dans l'exhaustivité des prémisses. L'ours de la fable a mal raisonné parce qu'il a omis une prémisse importante dans son raisonnement. De même, l'acratique a modifié le « tout » du « tout bien considéré », il a écarté des pièces importantes du puzzle de son esprit³⁵¹. Gérard Reach a été un des initiateurs en France d'une réflexion sur « l'inertie » médicale, après avoir étudié les raisons de se soigner, côté patient. Il s'est ainsi d'abord penché sur l'observance thérapeutique à la lumière des théories causales de l'action³⁵². L'acrasie du malade (comme modèle d'analyse de la non-observance thérapeutique) a un aspect paradoxal, vue par le médecin : le patient a conscience qu'il serait préférable de suivre les recommandations médicales (il désire améliorer sa santé et croit que suivre les recommandations médicales est une action qui va dans ce sens), mais ne le fait pas. Ce modèle acratique, toujours côté patient, est parfois mobilisé par les spécialistes des addictions et des troubles du comportement alimentaire.

4.2. L'inertie clinique

Côté médecin, l'inertie clinique est un thème de plus en plus exploré³⁵³. Selon Reach, l'acrasie – qu'il situe comme une erreur de jugement d'un genre particulier, marquée par des biais cognitifs – en est un des déterminants³⁵⁴. Le point de départ est le constat d'un « fossé entre le monde idéal des recommandations de bonne pratique et la réalité de la pratique clinique »³⁵⁵ : nombre de médecins n'appliquent pas les recommandations des référentiels de bonne pratique, ce qu'on peut désigner comme inaction³⁵⁶. A côté de l'inaction par absence de délibération, ignorance des référentiels, par impossibilité de placer le cas particulier sous la

³⁵¹ REACH Gérard, *Pourquoi se soigne-t-on ? Enquête sur la rationalité morale de l'observance*, Lormont, Editions du Bord de l'eau, 2e éd., 2007, p.146.

³⁵² Ibidem.

³⁵³ En mai 2018, la base de données Pubmed recense 1199 références d'articles médicaux indexés par le mot-clé « clinical inertia ». L'article princeps date de 2001 : PHILLIPS Lawrence S, et al., « Clinical inertia », *Annals of Internal Medicine* 2001;135:825-834. La problématique posée alors se rapportait à un domaine assez limité : celui de conditions asymptomatiques (hypertension, diabète, dyslipidémies) qui devraient être traitées mais ne le sont pas. Ils considèrent que cette « inertie clinique » peut avoir au moins trois causes : une surestimation des soins prodigués (alors qu'il y a des « cibles » précises à atteindre - chiffres tensionnels, équilibre glycémique, valeur de lipides- et qui ne le sont pas); des « bonnes raisons » pour éviter le traitement; un manque de formation, d'entraînement ou d'organisation pratique. La question de l'acrasie n'est pas abordée comme telle.

³⁵⁴ REACH Gérard, *L'inertie clinique...*, op.cit., p.35-42. Il passe en revue les modèles théoriques explicatifs de l'inertie clinique avant de détailler ce qui apparaît comme « irrationnel » et se rapproche donc de l'acrasie.

³⁵⁵ Ibid., p.29.

³⁵⁶ Un grand nombre d'études sont actuellement menées pour mesurer le degré d'adhésion des praticiens aux recommandations de bonne pratique. Pourtant, elles échouent régulièrement à montrer que les prises en charge « inadéquates » ont des conséquences néfastes aux prises en charge conformes aux recommandations. Toujours est-il que la conclusion de ces études est souvent formulée ainsi : « les pratiques sont perfectibles », parce qu'elles ne suivent pas les recommandations, dont l'utilité intrinsèque n'est pas remise en cause. Répétée à l'envi, c'est un refrain qui s'imprime durablement dans les esprits. A titre d'exemple récent, voir OLIOSI E, et al., « Surdosages en antivitamines K : audit de la prise en charge hospitalière », *Revue de médecine interne* 2018 ; 39 : 321-325.

règle, par obstacle matériel à leur mise en œuvre, ou comme résultat d'une délibération qui tient compte des particularités du cas (le référentiel ne doit pas être appliqué pour telle raison, la recommandation aura peu d'effets positifs, etc.), il existe une inertie clinique, ou inaction sans explication rationnelle satisfaisante qui doit remplir les conditions suivantes : il existe une recommandation implicite ou explicite de bonne pratique ; le médecin la connaît ; il pense qu'elle s'applique à son patient ; il dispose des moyens de l'appliquer ; il ne l'applique pas. Ces situations répondent à la définition de Davidson : « en faisant x un agent agit de manière acratique si et seulement si : a) l'agent fait x intentionnellement ; b) l'agent croit qu'il y a une autre action possible à sa portée, et c) l'agent juge que, tout bien considéré, il serait meilleur de faire y que de faire x »³⁵⁷.

On peut invoquer un manque de motivation pour agir, mais Reach insiste davantage sur l'inaction comme choix actif³⁵⁸, apparemment irrationnel, mais dont on peut conjecturer les motifs. Par exemple, un médecin n'instaure pas le traitement par insuline pourtant recommandé chez ce patient diabétique mal équilibré par les traitements oraux, pour se préserver d'infliger une modification significative dans l'existence de son malade, ou pour maintenir aux yeux du malade une image favorable (celle du médecin compréhensif qui épouse les résistances au changement du malade), ou pour maintenir un statu quo. Un médecin peut ne pas débiter un traitement anticoagulant chez une personne âgée, malgré les recommandations (et la croyance qu'elles s'appliquent bien au cas présent) car il appréhende une complication (dont il vient d'observer l'occurrence chez un autre malade).

Les mécanismes de cette acrasie proprement médicale sont affectifs et cognitifs³⁵⁹, et il faut prendre en compte « la psychologie individuelle des médecins »³⁶⁰. Agir prudemment et craindre les effets indésirables du traitement sont des vecteurs d'inertie thérapeutique apparente. Mais sont ils irrationnels? Un médecin qui vient de constater des complications après avoir augmenté les doses d'un médicament se trouvera peut-être enclin, pendant un certain temps, à éviter d'augmenter les doses de ce médicament pour d'autres malades aussi, alors que la complication constatée est un phénomène statistiquement rare. Tout se passe comme si le médecin surestimait à tort le risque futur, et que son inertie était liée à une prudence excessive. Mais si on considère qu'il prévient ainsi le regret d'avoir causé du tort à son patient, une telle attitude d'inertie trouve une explication rationnelle, ce qui ne l'immunise pas contre la critique d'ailleurs : l'inertie peut résulter de la gentillesse et des sentiments amicaux qui poussent parfois à ne pas bousculer les représentations des malades. L'incertitude qui porte sur les conséquences des actions médicales et la multiplicité des prémisses qui doivent être prises en considération dans la délibération rendent cette dernière toujours délicate.

³⁵⁷ DAVIDSON Donald, « Comment la faiblesse de la volonté est-elle possible? », art.cit., p.38.

³⁵⁸ Comme si un désir contradictoire ou d'autres affects orientaient l'action autrement qu'attendu compte tenu des conditions décrites plus haut

³⁵⁹ Certains mécanismes cognitifs de l'inaction médicale renvoient aux biais cognitifs de Kahneman (KAHNEMAN Daniel, *Système 1, système 2...*, op.cit.). Ce sont alors des erreurs de raisonnement et de jugement qui produisent certes une inaction, mais nous sortons du cadre strict de l'acrasie.

³⁶⁰ REACH Gérard, *L'inertie clinique...*, op.cit., p.97.

Un médecin fatigué, découragé et/ou qui a perdu sa motivation sera plus fréquemment exposé à l'inertie thérapeutique³⁶¹. Est-ce alors une faiblesse de la volonté, un manque de courage ou un émoussement du désir qui fait perdre de vue la finalité de l'action à entreprendre, ou encore une délibération qui tourne court car le médecin se laisse aller à la routine? Les émotions négatives (tristesse, désespoir) affectent l'ensemble du processus. Ces émotions peuvent refléter l'humeur du médecin, ses dispositions pendant une période de temps plus ou moins longue; elles peuvent aussi être ponctuelles et avoir été émoullées par le patient, si ce dernier est, par exemple, responsable de l'échec du traitement par sa conduite, ou s'il est lui-même découragé : Reach estime qu'un mauvais usage de l'empathie peut être responsable de l'inertie clinique : le médecin adopte une attitude inactive par excès de précaution, en projetant sur son malade sa propre aversion au risque. Manquer de courage pour entreprendre une modification de traitement parce qu'on sait à l'avance qu'elle demandera un temps long d'explications pour ce malade rétif, méfiant et craintif est blâmable. Mais manquer de courage peut aussi se produire parce que « l'éthos artisanal du travail bien fait en soi demeure non récompensé ou invisible »³⁶². Le sentiment du devoir trouve ici son utilité pratique. Nous avons évoqué, à propos de « l'oubli du médecin », qu'il permettait de masquer l'absence de volonté de se projeter en situation de malade. Se projeter dans la situation de malade, mettre entre parenthèses l'objectivité de son savoir, voilà qui requiert un mouvement actif : orienté par le désir, soutenu par la volonté. Une forme peu décrite de l'acrasie médicale trouve ici son éclairage.

4.3. Fausse inertie et vraie liberté

On ne considérera pas par contre comme relevant de l'acrasie médicale une inaction qui résulte de l'escompte que le changement de traitement (tel que recommandé, en général) aura des effets négatifs sur ce patient individuel. Les « rémunérations à la performance » supposent que les médecins agissent dans le sens des recommandations, et peuvent les conduire à des actions inappropriées chez un patient individuel, où l'inaction aurait été le meilleur choix, « tout bien considéré ». Les fins visées dans une seule action médicale sont en effet multiples, et peuvent être contradictoires. Et on se trouvera fréquemment dans des situations où plusieurs attitudes distinctes peuvent être justifiées en raison. L'acrasie raisonnée et l'acrasie blâmable ne sont pas toujours aisées à départager : on louera le médecin avisé qui prescrit les médicaments dont il a l'expérience ou on le blâmera de ne pas prescrire les nouvelles molécules parce qu'il se complait dans l'acrasie par « résistance au changement ». Temporiser peut passer pour louable ou blâmable selon qu'on y verra ou non de la procrastination. Seule une inaction injustifiable, qui relève de l'erreur médicale, peut être sans contestation possible, blâmable.

³⁶¹ AB E, et al., « Reasons of general practitioners for not prescribing lipid-lowering medication to patients with diabetes: a qualitative study », *BMC Family Practice* 2009;10:24. AUJOULAT I, et al., « Clinical inertia in general practice, a matter of debate: a qualitative study with 114 general practitioners in Belgium », *BMC Family Practice* 2015;16:13. CARRATALA-MUNUERA C, et al., « Barriers to improved dyslipidemia control: Delphi survey of a multidisciplinary panel », *Family Practice*, 2015;32:672-80. LAVOIE KL, et al., « Changing provider behavior in the context of chronic disease management: focus on clinical inertia », *Annu Rev Pharmacol Toxicol*, 2017;57:263-83. LEBEAU J-P, et al., « General practitioners' justifications for therapeutic inertia in cardiovascular prevention: an empirically grounded typology », *British Medical Journal* 2016;6(5):e010639.

³⁶² SENNETT Richard, *Ce que sait la main*, op.cit.

Dramatisons la question concrète qui est soulevée par ces considérations sur l'inertie médicale, en caricaturant les positions : il existe un idéal enkratique de décision médicale, rationnelle ; cet idéal ne peut être atteint compte tenu de la multiplicité des biais cognitifs, en grande partie liés aux affects, à la subjectivité du médecin, ce qui rend ses décisions douteuses, pour ne pas dire irrationnelles ; les malades ont un droit légitime aux meilleurs soins. La conclusion qui en découle est d'écarter le médecin de la décision, d'escamoter son raisonnement pratique défaillant par un ancrage rationnel indépendant (EBM, experts, commissions, etc.).

Or cette conclusion est fallacieuse, nous l'avons déjà amplement dit. La rationalité pratique n'a pas pour ambition de déterminer la seule ligne d'action correcte, mais bien de concilier « des finalités et des exigences qui se font concurrence »³⁶³. De plus, il s'agit encore et toujours du particulier.

Dans *Le complément de sujet*, Descombes examine les degrés de l'agir³⁶⁴ : on peut distinguer l'agent immédiat de celui qui donne un ordre (« Les soldats de César n'ont pas décidé qu'il fallait construire un pont à tel endroit, mais ils ont décidé certainement des mouvements qu'ils font pour exécuter le commandant général »). On peut rêver de contrôler les actions des médecins, les considérer comme de simples exécutants, mais le résultat serait vraisemblablement désastreux, car il est nécessaire, même si des ordres sont donnés (et le médecin n'est pas un électron libre), pour qu'une action intelligente se fasse, que les agents immédiats soient à certains égards les agents principaux de ce qu'ils font (pour reprendre la terminologie de Descombes³⁶⁵). L'action intelligente suppose une certaine liberté³⁶⁶.

Comment alors améliorer l'acte médical, si ce n'est en « améliorant le médecin » ? S'il s'agit d'affects, et s'ils ne peuvent être contrariés que par d'autres affects (Spinoza³⁶⁷), alors il faudrait que l'affect le plus fort (que l'aversion au risque, le maintien du statu quo, la relation chaleureuse, etc.) soit le désir de mener son opération pratique (soigner ce malade) à bien. Ceci ne va pas sans une clarification des idées, une expérience assidue, du courage, de la *sôphrosunē*. Et encore faut-il combattre les causes de tristesses qui diminuent la puissance d'agir, c'est à dire prendre soin de soi, de son environnement professionnel, des conditions de son exercice, et lutter contre tout ce qui mine les conditions du raisonnement pratique.

³⁶³ DESCOMBES Vincent, *Le raisonnement de l'ours...*, op.cit., p.24.

³⁶⁴ DESCOMBES Vincent, *Le complément de sujet*, op.cit.

³⁶⁵ Ibidem : « Lorsque l'agent fait quelque chose sans que personne ne lui fasse faire, on pourra dire qu'il le fait de lui-même. C'est une autre façon de dire que l'individu est l'agent principal, et pas seulement l'agent immédiat, de son action ».

³⁶⁶ Et de même, quand le médecin prie le patient de faire quelque chose, même si nous tentons d'obtenir son consentement de diverses manières, « quelle que soit la forme que prendra notre demande, le simple fait de demander à quelqu'un d'agir, montre que nous reconnaissons en lui le sujet propre de certaines opérations. Nous pouvons bien prétendre qu'il agit selon notre demande et que nous avons donc été à l'origine de l'action, il n'en demeure pas moins que la demande est toujours un appel au bon vouloir de quelqu'un d'autre ». DESCOMBES Vincent, *Le complément de sujet*, op.cit.

³⁶⁷ Notons que Reach propose aussi une « solution spinoziste » à l'inertie clinique, en faisant levier de certaines émotions susceptibles de contrecarrer celles qui conduisent à l'inaction inappropriée : non pas tant alors le souci (peur de ce qui pourrait arriver à l'autre dans l'avenir), que l'amour de soi (par exemple la fierté de s'être montré digne de la confiance du patient). Sa proposition nous semble toutefois moins probante que celle qui vise la réussite de l'action. REACH Gérard, *L'inertie clinique...*, op.cit., p.118-122.

E. L'ETHIQUE DE LA *TEKHNE*

Ce qu'accomplit le clinicien, c'est une action qui trouve sa concrétisation dans une visée propre au cas particulier³⁶⁸. Cette visée est déterminée par le jugement clinique, raisonnement pratique du clinicien, décision qui unit pensée et désir³⁶⁹. Selon les mots de Kant, « le jugement (est un don particulier qui) ne peut pas du tout être appris mais seulement exercé » et « au manque de quoi aucun enseignement ne peut suppléer »³⁷⁰. Par contraste avec la bioéthique orientée vers la résolution de problèmes, de conflits, de controverses, l'accent n'est pas mis sur ce qui est permis par rapport à des principes, mais sur le préférable par rapport à un cas particulier. Ce qui est visé est un accord, non pas au sens d'un contrat qui résulterait d'un acquiescement volontaire à une proposition raisonnée, mais au sens d'une construction commune, à laquelle la formalité du consentement n'ajoute rien de fondamental. Viser la normativité propre au cas et forger un jugement pratique rendent l'écoute, l'échange, et la responsabilité davantage nécessaires que des théories sur la dignité de la personne : voilà comment nous comprenons les mots de Levinas, en quoi et comment m'oblige « l'unique en son genre »³⁷¹.

C'est la contingence du particulier qui fait obstacle à la possibilité de déduire une maxime pour la situation à partir des principes généraux : domaine de la faculté de juger³⁷². Kant est ici mis à contribution, mais pas pour fonder sur l'impératif catégorique – comme c'est l'usage courant – le principe de respect de l'autonomie du malade en tant que personne. Kant n'a pas dit d'appliquer au cas particulier une loi universelle en ayant décrété qu'il tombait sous sa juridiction. Au contraire, il se sert de l'exemple du médecin qui peut « avoir dans la tête beaucoup de belles règles de pathologie » et « pourtant se tromper facilement dans l'application de ces règles ». S'il voit bien le général en théorie, le manque de jugement fait qu'il peut être incapable de voir si un cas particulier y est maintenu concrètement³⁷³. Si l'impératif catégorique nous est ici utile, c'est pour rappeler qu'il énonce d'agir de telle sorte que la maxime de l'action particulière puisse être voulue en même temps comme une loi universelle³⁷⁴.

Nous en déduisons que l'impératif (pratique, c'est-à-dire à la fois technique et moral) pour le médecin est d'agir selon cette maxime : « traite le cas comme il apparaît, toujours comme une multiplicité contingente qui requiert la faculté de juger ». Car pour le praticien, la plus parfaite connaissance des sciences, de la loi et de la morale, ne confèrent pas pour autant l'habileté de faire qui est requise dans la situation. C'est le domaine de la *tekhnē* qu'est la médecine, et le champ d'exercice de la faculté de juger réfléchissante. Le savoir-faire ajusté au cas est ce savoir-y-faire que nous avons déjà mentionné.

Si le syllogisme pratique est propre à éclairer la raison pratique en acte dans la pratique médicale en en fournissant une structure élémentaire, le meilleur usage que nous puissions en

³⁶⁸ VOYER Gilles, *Qu'est-ce que l'éthique clinique ?...*, op.cit.

³⁶⁹ ARISTOTE, *EN* 1139b4-5 . ANSCOMBE Elizabeth, *L'intention*, op.cit., § 33-52.

³⁷⁰ KANT Emmanuel, *CRP*, op.cit., p. 148.

³⁷¹ LEVINAS Emmanuel, « L'éthique est transcendance... », art.cit.

³⁷² KANT Emmanuel, *CFJ*, § 76, AK V 404.

³⁷³ KANT Emmanuel, *CRP*, op.cit., p. 149.

³⁷⁴ KANT Emmanuel, *FMM*, AK IV 421.

faire est celui d'un outil : soit prospectif, pour conduire une délibération pratique, soit dans l'après-coup d'une décision prise. Dans les deux cas, la délibération peut être individuelle ou collective et s'apparenter à un exercice critique de ce qu'on tend spontanément à faire ou de ce qu'on a fait effectivement. Se rompre à son usage est aussi la meilleure manière de réhabiliter la rationalité pratique, qui est de plus en plus considérée comme inférieure, non seulement à la rationalité théorique, mais aussi et surtout à la puissance des algorithmes de l'intelligence artificielle.

A la réunion qui inaugure la journée de travail, l'interne qui a assuré la garde de la nuit rend compte des admissions et des problèmes qu'il a rencontrés au cours de la nuit. Voici ce qui a été rapporté un matin : un homme âgé s'est plaint de douleurs thoraciques évoquant une insuffisance coronarienne. L'interne réalise un électrocardiogramme, fait doser les enzymes cardiaques, expose les résultats à son homologue de cardiologie : le diagnostic est celui d'un infarctus du myocarde. Les actions entreprises jusqu'alors résultent essentiellement de l'habitude. Mais se pose alors la question de ce qu'il faut faire une fois le diagnostic posé. La règle générale est de pratiquer une coronarographie en urgence et de procéder, si possible, à une dilatation coronarienne suivie de la mise en place d'un *stent* pour prolonger l'effet de la dilatation. Mais le cas particulier est le suivant : ce patient est très âgé ; avant d'être admis en médecine interne, il a séjourné récemment en cardiologie pour une insuffisance cardiaque. Il a été établi alors que sa fonction cardiaque était gravement altérée, mais aussi qu'il souffrait d'une insuffisance rénale chronique avancée. Antérieurement un cancer colique avait été opéré, mais des métastases du foie, et plus récemment du poumon, ont été diagnostiquées, pour lesquelles aucun traitement ne pouvait être envisagé du fait de la fragilité globale du malade. Les cardiologues ont préféré transférer alors le malade lorsqu'il a commencé à avoir des rectorragies (hémorragie de sang rouge extériorisée par l'anus), pour organiser l'ensemble des soins nécessaires. Le projet était de faire si possible un bilan local de la cause de l'hémorragie digestive, puis de permettre au malade de rentrer à son domicile pour y finir ses jours dans les meilleures conditions possibles, sans arrêter les soins et notamment le traitement de son insuffisance cardiaque. Survient donc cet infarctus. Faire une coronarographie peut être raisonnable si on considère que : cet infarctus peut provoquer l'accélération du décès par défaillance irréversible de la fonction cardiaque déjà bien altérée, alors qu'il est possible de retarder l'échéance fatale par un geste technique réalisable sur le champ; lorsqu'on lui explique ce qui est en train de se passer et l'éventualité de la coronarographie, le malade est demandeur; le fils médecin sollicité par téléphone est aussi d'accord. Renoncer à la coronarographie peut être raisonnable si on considère que : la mise en place d'un *stent* implique de renforcer l'anticoagulation du malade alors qu'il souffre déjà d'hémorragie et que soigner un problème pour en aggraver un autre n'est pas judicieux; injecter un produit de contraste risque fort de précipiter l'insuffisance rénale, alors qu'une technique de dialyse ne sera probablement pas mise en œuvre; le malade est arrivé au terme de son existence à cause de multiples pathologies et qu'il faut en prendre acte plutôt que de s'engager dans un activisme de mauvais aloi.

La discussion qui s'engage à ce moment là fait prendre conscience à l'interne des raisons internes qu'il avait eues d'agir comme il l'avait fait (retransférer le malade en cardiologie). S'il avait suivi l'habitude, la règle générale, malgré des hésitations liées aux circonstances particulières du cas, c'est qu'il ne pouvait pas, subjectivement, assumer de renoncer à entreprendre des soins, car il se serait senti responsable de la mort du malade, ou qu'on aurait pu lui reprocher de ne pas l'avoir fait. Pourquoi alors n'a-t-il pas appelé son chef d'astreinte, lequel est supposé assister l'interne dans un cas difficile ? C'est que l'argument intime qui a pesé dans sa décision ne lui était pas apparu au moment de décider. Dans l'action, il a, plus ou moins consciemment, tenu à l'écart les pensées qui l'auraient détourné de l'application de la règle générale. Vue sous l'angle de l'*orekton*, son

inférence pratique était en réalité plurielle : au désir de prendre la meilleure décision pour ce malade s'ajoutait celui de ne pas être confronté à une décision d'arrêter les soins ou de s'avouer impuissant à agir. Seul celui qui a agi peut dire ce qu'il en a été pour lui³⁷⁵.

Ce que nous voulons dire ici, c'est que la mobilisation du modèle de l'inférence pratique dans une discussion qui porte sur la finalité visée, la délibération, la décision, et les actions entreprises, joue le rôle d'un outil d'analyse critique qui oblige à examiner aussi bien les règles générales, les cas particuliers et l'écart entre les deux que les intrications du désir du médecin et de ses devoirs, des désirs en tant que médecin et des inhibitions subjectives, aussi bien l'articulation entre les fins et les moyens que l'intrication des analyses selon les conséquences (jamais complètement connues) et selon les principes (presque toujours en contradiction : ici entre bienfaisance et non-malfaisance par exemple). C'est d'entrer délibérément dans cette analyse critique des décisions à prendre ou déjà prises qui réalise l'apprentissage des vertus professionnelles. Car il n'y a pas, dans la plupart des cas, pour un observateur extérieur, une décision meilleure qu'une autre *a priori*, et un médecin perspicace ou non pour la prendre. Mais plus le médecin se sera confronté lui-même à des délibérations/décisions et en aura entrepris l'analyse critique, et plus il sera rompu à l'exercice qui consiste à incorporer un ensemble hétérogène : des règles, des connaissances, des désirs, des croyances, etc. Il est habituel de considérer qu'il faut environ 10000 heures d'expérience pour produire un musicien ou un maître-charpentier³⁷⁶. Cela correspond environ à la durée de l'internat en médecine. Sennett ajoute que les problèmes éthiques du métier apparaissent à ce niveau de la maîtrise : si le débutant se focalise sur l'application rigide des règles, le praticien chevronné peut s'ouvrir aux singularités du patient : il sera alors plus précis dans son diagnostic, mais se risquera aussi davantage dans les eaux incertaines du devenir du malade et questionnera davantage la signification morale de ses actions.

Nous n'avons pas discuté en détail de ce qu'était l'action. Nous ne voulons pas entrer dans la discussion, passionnante au demeurant, de l'individuation des actions. Ailleurs dans cette thèse il a été question de l'ensemble des gestes que comporte la pratique médicale. Ici, nous voulons simplement évoquer un point précis. Beaucoup d'actions médicales sont des prescriptions. Au terme du raisonnement pratique, l'action effectuée par le médecin est souvent de faire faire quelque chose : rédiger une instruction qui sera exécutée par l'infirmière est réellement une action, même si la perfusion est posée par l'infirmière, et si c'est le médicament qui va guérir le malade. Rédiger une ordonnance est une action, qui va faire agir le pharmacien, même si c'est le malade qui absorbera (ou non) le médicament pour se soigner. Il est cependant des actions dont le médecin n'est pas seulement l'instigateur mais dont il est le seul exécutant. Ce sont les gestes concrets qu'il effectue et les paroles qu'il prononce. Examiner un malade, par exemple palper l'abdomen d'un malade qui se plaint de douleurs au ventre, est une décision dont la nécessité pratique n'est pas discutée, et ne résulte pas d'une délibération consciente (elle est implicite et opérante en un éclair). Par contre, il y a plusieurs manières d'examiner un ventre douloureux. Le bon médecin n'est pas simplement celui qui entreprend de palper l'abdomen, mais celui qui le palpe de telle sorte de pouvoir en tirer un maximum d'informations utiles. Cela

³⁷⁵ Certains internes sont en effet subjectivement empêchés de téléphoner en pleine nuit au chef d'astreinte qui pourrait les aider et prendre la responsabilité de la décision.

³⁷⁶ SENNETT Richard, *Ce que sait la main*, op.cit., p.32.

suppose l'apprentissage d'une technique. Si l'apprentissage de la *tekhne* est délibéré et volontaire (la preuve, c'est qu'on peut obtenir son diplôme sans l'avoir apprise), son exécution ultérieure, sa mise en œuvre minutieuse et délicate (et d'autant plus que l'abdomen est douloureux) ne résulte pas non plus d'une délibération consciente, mais est l'expression d'une puissance incorporée dans une disposition manuelle : l'éthique de la pratique ne se résume donc pas aux vertus morales et intellectuelles examinées comme des entités autonomes, mais suppose bien évidemment leurs conséquences concrètes qui vont jusqu'aux manières de poser la paume sur le corps du malade. Il y a une intelligence de la main³⁷⁷. Vertus morales et intellectuelles ont leur portée véritable dans la corporéité agissante du clinicien.

Au terme de son raisonnement, le médecin décide d'annoncer la maladie qu'il vient de découvrir, ou plutôt il l'annonce. Or les diagnostics médicaux transforment l'existence de la personne concernée³⁷⁸, et il faut traduire des éléments factuels « en une annonce faite à *quelqu'un* »³⁷⁹. Le bon médecin n'est pas simplement celui qui entreprend d'annoncer la maladie, mais celui qui use du ton, du vocabulaire, de la syntaxe, des mimiques, des figures de style, qui font que le malade (ou un observateur extérieur) pourrait dire : voilà la sorte d'annonce qui est juste, bonne et belle, quand bien même le contenu informatif est pénible à entendre (car il s'agit bien souvent d'une mauvaise nouvelle). Si décider d'apprendre à parler au malade est délibéré et volontaire (la preuve, c'est qu'on peut obtenir son diplôme sans l'avoir appris), les mots prononcés au coup par coup ne sont pas l'expression sonore de phrases élaborées dans son for interne au terme d'une délibération par inférences, et le locuteur est aussi son premier auditeur qui découvre ce qu'il dit au moment où il le dit. C'est pourquoi cet apprentissage suppose non seulement de se mettre à parler aux malades, mais encore de s'entendre dire ce qu'on a dit (pour pouvoir en prendre connaissance et y revenir de manière critique³⁸⁰), ce qui n'est pas toujours simple. Le malade peut, s'il est bien disposé à l'égard du médecin et suffisamment en confiance, faire remarquer au médecin qu'il a employé des mots peu compréhensibles ou alors surprenants. Un tiers qui assiste au dialogue peut aussi jouer ce rôle. Dans la plupart des cas, il faut en quelque sorte que le médecin se rompe à la discipline qui consiste à entendre ce qu'il dit après l'avoir dit³⁸¹, notamment quand il surprend un effet produit par ses paroles sur le visage du patient.

Un grand nombre d'actions, y compris d'actions « vertueuses » sont effectuées sans être précédées de délibération « laborieuse » et réfléchie³⁸². Certains auteurs estiment que ce qui apparaît comme délibération ne serait qu'une rationalisation après-coup de décisions prises à partir de processus du « système 1 » (rapide, inconscient, intuitif, etc.)³⁸³. Le modèle de la compétence incorporée prend appui sur les performances fluides de l'artisan ou du musicien

³⁷⁷ Ibidem.

³⁷⁸ DUMONT Martin, *L'annonce au malade*, Paris, Presses Universitaires de France, « Questions de soin », 2015.

³⁷⁹ SOLHDJU Katrin, *L'épreuve du savoir ; propositions pour une écologie du diagnostic*, op.cit.

³⁸⁰ J'ai dit cela, mais qu'est-ce qui m'a pris? De proche en proche, on peut s'apercevoir que « ça parle par moi » est souvent plus proche de la réalité que « ego contrôle les mots prononcés ».

³⁸¹ En général, un autre est nécessaire pour s'initier à cette discipline. C'est ce que nous disions plus haut en évoquant l'issue spinozienne à l'acrasie.

³⁸² Cf. cette phrase de Ryle que nous avons déjà citée : « certains exercices de nos esprits (...) doivent être immédiats et sans intermédiaires, des confrontations directes avec des situations uniques et non des défilés au pas et en cadence dans une cour de caserne ». RYLE Gilbert « L'improvisation », art.cit.

³⁸³ KAHNEMAN Daniel, *Système 1, système 2, ..., op. cit.*

pour proposer un paradigme d'excellence de la praxis : il ne fait pas appel, en apparence, à la réflexion délibérante. On peut argumenter du fait qu'une praxis fluide impose une forme d'apprentissage et un désir de se perfectionner. Mais surtout, cette praxis fluide s'exerce en situations ordinaires, et met celui qui agit dans les meilleures dispositions pour délibérer dès lors que la situation est moins familière, ou expose à une tension interne car les buts ne sont pas clairs, ou que des prémisses entrent en concurrence. Goldie met l'accent sur des perceptions non-inférentielles capables de saisir les traits évaluatifs ou déontiques d'une situation – même discrets – qui motivent une action intentionnelle appropriée³⁸⁴ : il s'agit alors d'une esthésie morale, qu'on peut rapprocher du rôle de la perception dans la *phronēsis*. Charlie Kurth fait jouer un rôle à l'anxiété pratique (*practical anxiety*), en tant que réponse émotionnelle à l'incertitude devant certaines difficultés ou menaces³⁸⁵. Cette anxiété pratique est un signal d'éveil de l'attention qui facilitera une appréhension aiguisée de la situation, de son évaluation, et une mise à contribution de processus cognitifs conscients (mémoire, raisonnement, délibération) pour faire face à la difficulté repérée. Le modèle de la *tekhnē*, tel que nous l'avons esquissé tout au long de ce travail, permet de ne pas avoir à prendre parti sur les proportions respectives de délibération consciente (et parfois laborieuse) et d'agir incorporé par l'habitude.

Nous ne sommes pas entrés dans le détail des croyances du médecin, mais n'ignorons pas qu'il s'agit ici d'une dimension cruciale. Bernard Williams, quand il discute des raisons d'agir internes et externes, indique la voie³⁸⁶. Si sa croyance est fautive, dire que l'agent a une bonne raison d'accomplir telle action se heurte au fait que, du point de vue extérieur, sa raison d'agir était tout à fait mauvaise. Nous retrouvons ici le rôle indispensable des connaissances (le médecin peut croire que la ceftriaxone est active sur l'entérocoque, mais cette croyance fautive repose sur son ignorance) et plus généralement de la science, comme discipline visant à clarifier les croyances, à dissiper certaines croyances manifestement fautes, mais surtout comme méthode pour mieux discerner le certain du probable, le vraisemblable de l'invraisemblable. Curzer estime que les agents vertueux ont des croyances normatives adéquates. Cela ne signifie pas pour autant qu'elles soient précises. Au contraire, elles sont très générales, vagues, et ne contiennent que des vérités partielles³⁸⁷. Mais c'est parce que leur nature épouse l'incertitude des choses. Les principes les plus généraux sont des points de départ pour penser à ce qui serait bon dans tel type de situations, et non des règles strictes à appliquer.

« Une pareille incertitude se présente aussi dans le cas des biens de la vie, en raison des dommages qui en découlent souvent : on a vu, en effet, des gens périr par leur richesse, et d'autres périr par leur courage. On doit donc se contenter, en traitant de pareils sujets et partant de pareils principes, de montrer la vérité d'une façon grossière et approchée ; et quand on parle de choses simplement constantes et qu'on part de principes également constants, on ne peut aboutir qu'à des conclusions de même caractère. » (EN, 1094b16-22).

³⁸⁴ GOLDIE Peter, « Seeing what is the kind thing to do: perception and emotion in morality », *Dialectica* 2007. 347–361. Voir aussi COWAN Robert, « Perceptual intuitionism », *Philosophy and Phenomenological Research* 2015;90 (1): 164-193.

³⁸⁵ KURTH Charlie, « Emotion, deliberation, and the skill model of virtuous agency », *Mind and Language* 2018; 33 (3):299-317.

³⁸⁶ WILLIAMS Bernard, « Internal and external reasons », trad. Sébastien Motta, in : Bruno GNASSOUNOU, *Philosophie de l'action*, Paris, Vrin, 2007, p.231-249.

³⁸⁷ CURZER HJ, « Aristotle's practical syllogism », art.cit.

On ne peut, dans une perspective de l'éthique d'une pratique, fonder les décisions sur des principes *a priori*. Néanmoins, ils jouent un rôle dans l'éthique aristotélicienne, même s'ils restent généraux et vagues. « Le fait d'agir conformément à la droite règle est une chose communément admise et qui doit être pris pour base » (EN 1103b30). Nous nous y sommes attardés à plusieurs reprises à propos de la *phronēsis* en raison de son caractère dirimant : par rapport à une loi générale qui serait valable pour tous les cas, l'application de la règle aux choses singulières est de l'ordre du décret (*psephisma*) qui doit être rendu dans une forme strictement individuelle, dans les cas d'espèce où « il est impossible de poser une loi (*nomos*), de telle sorte qu'un décret est indispensable » (EN 1137b27-29), décret souple qui « s'adapte aux affaires traitées » (EN 1137b32) comme les outils des architectes de Lesbos s'adaptent aux contours de l'objet. Nous avons rappelé que la règle applicable à ce qui est indéterminé est aussi indéterminée (EN 1137b29)³⁸⁸. Qu'elle soit indéterminée n'empêche pas qu'elle soit déterminable. C'est bien le travail du raisonnement pratique. Appliquer la norme revient à la déterminer, non pas à la spécifier génériquement (i.e., comment appliquer le principe de justice en prison?), mais pour un cas particulier : peut-être d'ailleurs convient-il davantage de dire que la norme est mise en acte plutôt qu'appliquée³⁸⁹. C'est pour cette raison que

« le phronimos est précisément inimitable ; homme d'une situation particulière (...), il invente la "droite règle" (...) qui reste intransmissible – on ne peut pas la reproduire, ni la transposer dans un autre contexte, une autre situation – alors même qu'elle vaut, au moment de son application, pour les autres que lui »³⁹⁰.

C'est ainsi que nous comprenons les principes généraux de la bioéthique (justice, autonomie, bienfaisance, non-malfaisance) : ils sont vagues, généraux, indéterminés. La maxime qui servira de principe d'action sera taillée sur mesure pour être adaptée à la situation, et c'est elle qui déterminera la règle-décret souple. Kant dont on fait grand cas pour parler d'éthique déontologique en médecine dit quelque chose d'analogue : l'impératif moral catégorique porte sur la structure formelle de la maxime, pas sur son contenu. La loi morale ne dit pas au sujet quel est son devoir, elle lui commande de l'accomplir³⁹¹. La proximité d'Aristote et de Kant – qu'on a coutume d'opposer en matière de morale – mais aussi de Wittgenstein³⁹², sur ce thème de l'application de la règle, a été soulignée par Paolo Virno : chez les trois auteurs on retrouve cette idée fondamentale qu'« aucune règle ne peut indiquer les modalités de son exécution concrète »³⁹³. Virno précise que

« l'action particulière échappe à la règle, sans la contredire pour autant, car il n'y a entre elles ni point de contact ni unité de mesure commune. Elles n'ont pour ainsi dire aucun

³⁸⁸ Réciproquement, toute prise en compte du jugement pratique doit accepter que les principes normatifs sont irréductiblement indéterminés.

³⁸⁹ O'Neill fait la distinction entre *applying* principles and *enacting* principles. O'NEILL Onora, « Applied ethics: naturalism, normativity and public policy », *Journal of Applied Philosophy* 2009; 26 (3):219-230.

³⁹⁰ NICOLAS Loïc, « L'exemple ambigu, ou la phronesis du phronimos », *Diversité et Identité Culturelle en Europe*, 2011 ; 8 (2) : 27-48.

³⁹¹ ZIZEK Slavoj, « Kant avec (ou contre) Sade ? », *Savoirs et clinique* 2004/1 ;4 : 89-101.

³⁹² Entre plusieurs passages des *Recherches philosophiques*, celui-ci : « Notre paradoxe était celui-ci: une règle ne pourrait déterminer aucune manière d'agir, étant donné que toute manière d'agir peut être mise en accord avec la règle. La réponse était : si tout peut être mis en accord avec la règle, alors tout peut aussi la contredire. Et de ce fait, il n'y aurait donc ni accord, ni contradiction » (WITTGENSTEIN Ludwig, *Recherches philosophiques*, op.cit., § 201).

³⁹³ VIRNO Paolo, *Motto di spirito e azione innovativa*, op.cit., p.38.

rapport logique. L'application de la norme consiste en une *décision* ; et la décision est un événement inassimilable à la norme, elle lui est hétérogène »³⁹⁴.

En amont de ces principes, ce qui est spécifiquement moral dans l'agir médical est qu'il se déploie à partir d'un engagement de départ, énoncé explicitement lorsque le médecin prête serment. Il s'agit de la promesse de mettre en œuvre, pour tout patient, l'excellence la plus grande possible de son raisonnement pratique³⁹⁵. C'est son impératif catégorique, limité au cadre de la pratique. Cette promesse reste vaine si elle n'est pas réalisée dans des actes concrets qui l'actualisent. Mais elle est encore impersonnelle, comme le sont en général les devoirs.

Par rapport au conséquentialisme, et notamment au critère d'utilité de Bentham, qui découle d'une conception assez déterminée du bonheur, l'*eudemonia* d'Aristote est indéterminée³⁹⁶. C'est une fin générale en attente de sa détermination. Et ce n'est pas du moraliste qu'on attend un calcul des plaisirs et des peines qui soit utilisé ensuite comme étalon de mesure, mais ce sont aux acteurs eux-mêmes de déterminer ce qui est approprié, c'est à dire utile³⁹⁷. Nous avons déjà partiellement cité ce passage où Aristote propose un modèle de rationalité pratique qui tient compte de la précarité de l'action³⁹⁸ :

« Mais mettons-nous préalablement d'accord sur le point suivant : notre exposé tout entier, qui roule sur les actions qu'il faut faire, doit s'en tenir aux généralités et ne pas entrer dans le détail. Ainsi que nous l'avons dit en commençant, les exigences de toute discussion dépendent de la matière que l'on traite. Or sur le terrain de l'action et de l'utile, il n'y a rien de fixe, pas plus que dans le domaine de la santé. Et si tel est le caractère de la discussion portant sur les règles générales de la conduite, à plus forte raison encore la discussion qui a pour objet les différents groupes de cas particuliers manque-telle également de rigueur, car elle ne tombe ni sous aucun art, ni sous aucune prescription, et il appartient toujours à l'agent lui-même d'examiner ce qu'il est opportun de faire, comme dans le cas de l'art médical, ou de l'art de la navigation »(EN 1104a1-9).

Le cadre épistémologique de la *tekhne* (au sens large) intègre aussi toutes ces considérations : si sa norme représente un devoir pour le bon médecin, sa finalité pratique est considération des conséquences de l'action, et son exercice est aussi formation du caractère du médecin, y compris des émotions qui entrent en jeu dans le raisonnement pratique. Ici, ce sont les oppositions paradigmatiques entre théories morales concurrentes qui sont déjouées.

³⁹⁴ Ibidem.

³⁹⁵ Nous avons posé la pratique comme première. Il est vrai néanmoins que cette promesse elle-même peut être éclairée par l'éthique levinassienne de la responsabilité pour l'autre. Si l'éthique est la philosophie première, alors la constitution même du sujet pratique est seconde. Avant même qu'il se soit engagé à servir les intérêts de son patient, le médecin est, comme tout un chacun, transi d'une responsabilité infinie. Levinas ne se situe pas au niveau des normes d'action, mais certains en déduisent toutefois des principes normatifs spécifiés, à même de rappeler les priorités dans des situations où le soin responsable est mis à mal par l'organisation. Voir par exemple NORTVEDT Per, « Levinas, justice and health care », *Medicine Health care and Philosophy* 2003;6:25-34. Voici quelques principes qu'il propose : « aucun patient en train de mourir ne devrait être laissé sans un soignant qui veille constamment sur lui »; « aucun patient sérieusement malade ne devrait être laissé dans un couloir ». Anne Fagot-Largeault par contre situe la philosophie implicite de la médecine comme une réponse morale au constat métaphysique du mal : FAGOT-LARGEAULT Anne, *Médecine et Philosophie*, op.cit.

³⁹⁶ Ceci invite à avoir un regard critique sur l'usage de la notion de « qualité de vie » en médecine. Certes, elle vient nuancer l'efficacité brute d'un traitement exprimée en temps de vie gagné, mais d'une manière assez réductrice. MUSSCHENGA AW, « The relation between concepts of quality-of-life, health and happiness », art.cit.

³⁹⁷ NORDIN Ingemar, « Expert and non-expert knowledge in medical practice », art.cit.

³⁹⁸ DI PIAZZA Salvatore, « Penser la précarité avec Aristote », in NICOLAS Loïc (dir), *Le Fragile et le flou, De la précarité en rhétorique*, Paris, Classiques Garnier, 2018, p.31-45.

CONCLUSION GENERALE

FIN DE LA CLINIQUE OU CLINIQUE RADICALE

« Quand les sciences – dont la médecine maintenant s'entoure et s'aide, se laisse... s'ouvre à elles de toutes parts – se seront rejointes au centre, eh bien, il n'y aura plus de médecine ».

Lacan¹

« Pourquoi est-ce que je ne m'assure pas que j'ai deux pieds quand je veux me lever de la chaise ? Il n'y a pas de pourquoi. Je le fais, c'est tout. C'est ainsi que j'agis ».

Wittgenstein²

¹ LACAN Jacques, *La logique du fantasme*, op.cit., séance du 14 mars 1967.

² WITTGENSTEIN Ludwig, *De la certitude*, op.cit., p.55.

Conclusion

La fiction d'une médecine sans médecins a été produite récemment, y compris par des personnalités habituées des projecteurs¹ : elle annonce en réalité la fin de la médecine clinique. Quelle pourrait être la logique de sa disparition ? Dans le fil de notre enquête, une hypothèse pourrait avoir quelque consistance. Des quatre positions qui innervent la clinique à des degrés divers (cf. chapitre VII), il y aura deux vainqueurs : la religion – dans ses trois variantes : syncrétisme *new-age* ou mondialisé, traditions radicalisées, et scientisme algorithmique dopé à l'intelligence artificielle –, et la magie qui la complète au point de parfois s'y confondre. Il y aura deux vaincus, déjà en perte de vitesse : la science (celle des Lumières et de la *Wissenschaft*) dont la disparition est masquée par les fulgurances de la technique, et son corrélat antinomique, la psychanalyse², dont la mort prochaine a déjà été amplement chroniquée. La médecine tentera, pour jouer dans l'air du temps et sauver sa mise propre face à une concurrence exacerbée par l'Internet, de se faire une place du côté des vainqueurs : télémédecine et *e-health 3.0*, *Evidence based practice* et *benchmarking*, médecine de précision et biothérapies ciblées, mais aussi médecines holistiques et patamédecine, micronutriments et guérison par les plantes, etc. Délestée de sa position originaire et originale au nom du progrès qui a ruiné l'assise du culbut, elle cherchera à troquer une *tekhnē* bien trop funambule pour les demi-habiles, – *tekhnē* qui articulait laborieusement les sciences du vivant et l'écoute du parlant, tantôt *epistēmē*, tantôt *aisthēsis/empeiria*, nouant d'un fil ténu savoirs de l'universel et savoir-y-faire avec le particulier, tantôt mise entre parenthèses du sujet, tantôt mise entre parenthèses de l'objectivité du savoir –, à la troquer donc pour une position en apparence plus confortable, celle du finaliste normalisateur équipé de techniques efficaces de réparation de machines corporelles quelconques et de suggestions hypnotisantes visant le bien-être pour cesser de s'interroger aporétiquement sur le bien. En 1990, Deleuze n'avait pas manqué de repérer que la nouvelle médecine se passerait aussi du malade individuel :

« Dans le régime des hôpitaux : la nouvelle médecine "sans médecin ni malade" qui dégage des malades potentiels et des sujets à risque, qui ne témoigne nullement d'un progrès vers l'individuation, comme on le dit, mais substitue au corps individuel ou numérique le chiffre d'une matière "dividuelle" à contrôler »³.

Malade, médecin et pratique clinique sont en effet indissociables, puisque celle-ci est la relation qui individue les pôles qu'elle unit. Réponse à la demande du vivant parlant et souffrant. Tant qu'il y aura des vivants humains (donc des êtres parlant-et-souffrant), il y aura des demandes et on appellera médecins ceux qui développent la *tekhnē* que ces demandes requièrent. Si on laisse alors de côté ces fictions développées pour le plus grand bonheur de quelques *businessmen*, et qu'au terme d'un parcours philosophique plein de méandres on retient quelque impression d'ensemble, n'est-il pas vrai que quelques croyances ont perdu de leur force ? Cherchant à clarifier des pans de la pratique, n'avons-nous pas mis en lumière leur opacité irréductible ? De ceci, quelle leçon tirer qui ne soit pas l'échec de l'entreprise, par défaut du chercheur ou par évanescente de son objet ? Nous n'entendons pas ici faire un récapitulatif ou dresser un bilan, mais simplement nommer le point qui unifie les différentes directions empruntées.

¹ VALLANCIEN Guy, *La médecine sans médecin ? Le numérique au service du malade*, Paris, Gallimard, « Le Débat », 2015.

² LACAN Jacques, « La science et la vérité », art.cit., p. 855-877.

³ DELEUZE Gilles, « Les sociétés de contrôle », in *Pourparlers.1972-1990*, Paris, Minuit, 1990.

Conclusion

S'il ne peut y avoir de continuité entre l'expérience vécue, imaginée et racontée, et les représentations savantes de la maladie, qu'elles sont irrémédiablement séparées, alors il faut conclure logiquement que la pratique médicale est installée dans la solution de continuité. Son camp de base *est* cette séparation, son socle *est* la fracture. Si, comme le dit Foessel, « entre la connaissance et la vie, entre la science et le bonheur, ou plus profondément, entre la raison et l'expérience, s'établit un écart qu'aucune métaphysique ne peut combler »⁴, il faut ajouter que la médecine est installée dans cet écart en tant qu'il suscite et module des demandes qui lui sont adressées. Jouons sur les mots⁵ : elle est aussi solution de continuité, elle propose – avec beaucoup d'imprudence parfois – une solution quand la discontinuité laisse désarmé, quand bien même la solution n'est qu'une consolation – invention et aménagement d'une forme de vie. S'il n'y a pas de commune mesure, ni ontologique ni herméneutique, entre la singularité de l'homme souffrant et la physio(patho)logie du vivant générique, la médecine *symbolise* cette improbable connexion. Elle n'existe pas *a priori*, mais la clinique la *réalise*, c'est-à-dire la matérialise, la construit, l'effectue, même si ceci n'est vrai que durant le temps de son effectuation. Peut-être est-ce là sa production spécifique, nous qui nous demandons (Cf. chapitre VIII) en quoi elle était *poiétique* ? C'est une construction provisoire et individuée : un laboratoire éphémère d'une connexion improbable.

La pratique médicale tente de trouver des solutions aux problèmes concrets des gens qui lui adressent une demande. Cette tentative mobilise un ensemble hétéroclite que nous avons unifié sous le modèle épistémologique d'une *tekhnē* au sens large du terme, *poiesis* et *praxis*. L'appui sur les sciences de la nature, les biotechnologies, les technologies de l'information, les sciences humaines et sociales, la psychanalyse, la rhétorique, la philosophie, ne supprime pas l'incertitude inhérente à la détermination d'une conjecture (diagnostic et thérapie). Car la vie elle-même est incertaine. La pratique médicale se confronte aux achoppements du réel, qui désorientent aussi chacun dans son existence propre.

« C'est précisément au point où l'imagination se frotte aux aspirations de la matière, et où les forces de l'ambition doivent se mesurer à la dure réalité du monde, que l'existence humaine est vécue »⁶.

La pratique médicale, comme bien d'autres, affiche en pleine visibilité « le *training* évolutif de l'animal parlant »⁷. Gérer l'imparfait par des techniques labyrinthiques, trouver des expédients, imaginer des schèmes ou des modèles qui s'incarnent dans des pratiques⁸ : l'artisan ou le praticien pousse sa *tekhnē* dans un certain domaine, et rend visible des pratiques ordinairement cachées⁹. Se « frotter » au réel : l'usage, ordinaire ou spécialisé, suppose un

⁴ FOESSEL Michaël, *Le temps de la consolation*, op.cit., p.14.

⁵ Faut-il le préciser ? En médecine, « Solution de continuité » est rupture de continuité, et se dit par exemple d'une fracture, qui désunit les fragments osseux.

⁶ INGOLD Tim, *Faire...*, op.cit., p.165.

⁷ VIRNO Paolo, *L'usage de la vie...*, op.cit., p.42.

⁸ INGOLD Tim, *Faire...*, op.cit., p.143 sq.

⁹ Ainsi Kant, dans la *Critique de la raison pure* : « ce schématisme de notre entendement, relativement aux phénomènes et à leur simple forme est un art caché dans les profondeurs de l'âme humaine et dont il sera toujours difficile d'arracher le vrai mécanisme (*Handgriffe* - littéralement tours de mains) à la nature, pour l'exposer à découvert devant les yeux » ; KANT Emmanuel, *CRP*, op.cit., p.153. Macherey qui commente ce passage ajoute ceci : « le schématisme est un art, c'est-à-dire une pratique », dont les tours de main « correspondent à la mise en oeuvre d'un savoir faire qui ne se confond pas avec une connaissance objective ». MACHEREY Pierre, *S'orienter*, Paris, Kimé, 2017, p.105.

Conclusion

contact, un toucher, un *inter-esse*¹⁰. Le médecin dans sa pratique amplifie et dramatise, dans des situations de crise corporelle, les efforts vitaux pour s'orienter. Il prête son concours spécialisé, compagnon d'armes *therapôn* quand il s'agit d'un combat, sujet supposé savoir dans la quête du désir, interlocuteur d'une délibération pratique sur les orientations à prendre. Parce qu'elle amplifie les phénomènes, une pratique spécialisée comme l'est la médecine montre sous un verre grossissant certaines des aspérités de la vie humaine: les hésitations sur sa visée, l'incomplétude du savoir, l'incertitude de toute décision, l'intrication entre parler et agir...

La clinique est une pratique expérimentale parce que la vie est un essai et une tentative, ou plutôt une succession d'essais et de tentatives. Soigner c'est expérimenter parce que vivre c'est risquer de vivre. Vivre ne relève pas d'un savoir, même si on peut posséder une quantité de connaissances sur le vivant et la vie, qui peuvent fournir des points de repères utiles : la désorientation n'est pas totale. Mais elle ne disparaît jamais : *mors certa, hora incerta*. La certitude inévitable de la mort n'empêche pas l'événement qu'est le décès : « phénomène naturel nécessaire, la mort y paraît pourtant accidentelle »¹¹.

Si le médecin peut être secourable dans les moments critiques, ce n'est peut-être pas avant tout parce qu'il dispose de connaissances utiles à partager dans ces circonstances (telle est l'apparence), mais plutôt en tant qu'il est lui-même engagé pleinement dans une pratique où la possession des connaissances ne suffit pas à déterminer la trajectoire à emprunter et à faire le choix des moyens d'y parvenir. C'est ainsi qu'on peut relire ce passage du *Discours de la méthode* :

« Car même l'esprit dépend si fort du tempérament et de la disposition des organes du corps, que s'il est possible de trouver quelque moyen qui rende communément les hommes plus sages et plus habiles qu'ils n'ont été jusques ici je crois que c'est dans la médecine qu'on doit le chercher »¹².

Si chacun de nous, visant une vie accomplie (quel que soit le contenu qu'on lui donne), fait usage de sa vie du mieux qu'il peut, alors il est concerné de la même manière par la *phronēsis*. Le médecin n'a pas de conseil à donner pour mener sa vie, mais son expérience pratique est riche de ce que signifie le fait de devoir s'orienter dans des zones incertaines. Il en éprouve les émotions spécifiques, il vit concrètement le hiatus entre les règles et leur exécution concrète, et la décision qu'il (le hiatus) et elle (l'exécution) supposent.

Au paragraphe 85 des *Recherches*, Wittgenstein traite ce point :

« Une règle est là comme un panneau indicateur. – Celui-ci ne laisse-t-il subsister aucun doute sur le chemin que je dois prendre ? Indique-t-il quelle direction je dois prendre après l'avoir dépassé ? Si je dois suivre la route, ou prendre le sentier, ou bien passer à travers champ ? Mais où est-il dit dans quel sens je dois le suivre ? Est-ce dans la direction indiquée par la main ou (par exemple) dans la direction opposée ? – Et si, au

¹⁰ VIRNO Paolo, *L'usage de la vie...*, op.cit., p.11-13.

¹¹ PIERRON Jean-Philippe, « Pour une clinique de l'incertitude », in LEMOINE Elodie, PIERRON Jean-Philippe (dir), *La mort et le soin. Autour de Vladimir Jankélévitch*, Paris, Presses Universitaires de France, « Questions de soin », 2016, p.15.

¹² DESCARTES René, « Discours de la méthode », *Oeuvres philosophiques Tome I – 1618-1637*, édition Ferdinand Alquié, Paris, Classiques Garnier, 2010, p. 634-5.

Conclusion

lieu d'un panneau indicateur, il y en avait une chaîne ininterrompue, ou s'il y avait des marques à la craie sur le sol¹³, y en aurait-il *une seule* interprétation ?»¹⁴

Virno dit que « l'application de la norme consiste en une *décision* ; et la décision est un événement inassimilable à la norme, elle lui est hétérogène ». Et

« décider (de *caedere*, « couper ») signifie, en effet, *trancher* la régression à l'infini à laquelle est condamnée toute tentative de fonder l'application de la règle initiale sur une règle supplémentaire »¹⁵.

Ce qui se trouve particulièrement illustré dans la pratique médicale, succession de décisions, n'est pas le propre des experts-spécialistes de la décision, mais appartient à

« l'histoire naturelle de l'animal humain, (...) marquée essentiellement par deux phénomènes, tous deux ancrés dans le langage verbal : la régression à l'infini, dont l'allure change en fonction des domaines où elle s'enracine; et la possibilité de l'interrompre, elle aussi ramifiée en une diversité de formes et de techniques. La décision est le moyen très spécifique par lequel la *praxis* stoppe la régression à l'infini inhérente aux normes ; c'est la ressource qui permet à celui qui agit dans la sphère publique d'opposer un « ça suffit comme ça » résolu à l'« et ainsi de suite » généré par l'incommensurabilité entre la règle et son application »¹⁶.

On se désole des incertitudes qui marquent la pratique, et quelques unes se dissipent progressivement. On voudrait, pour gagner au plus vite un rivage ferme, l'équiper d'accélérateurs et de sécurités. Car l'insécurité du présent et l'incertitude quant à l'avenir « engendrent les plus effrayantes et les plus insupportables de nos peurs »¹⁷. Pour l'animal, « la certitude [de l'activité] est plus importante que la richesse [de son milieu]¹⁸. Mais au bout du raisonnement, ne faut-il pas affirmer ceci : la médecine (et toute praxis) est humaine parce qu'elle est incertaine ? Attention, il ne s'agit pas de faire l'apologie de l'incertitude. Il est des circonstances, et la maladie grave l'illustre bien, où l'incertitude n'est plus poésie ou aventure, mais peur et danger. Mais il faut faire le pas supplémentaire :

« L'animal humain est en proie à une incertitude fondamentale. Son absence d'orientation dans son environnement *est associée dans le même temps* à la capacité à y remédier par l'élaboration de comportements non préétablis »¹⁹.

Incertain quant à la réussite de son action, mais résolu de ne pas s'en remettre au vertige obsessionnel de la recherche d'une garantie, le médecin pratique, de manière tacite, le « ça suffit comme ça ». Irriguée par des ensembles normatifs de plus en plus contraignants, la médecine n'est-elle pas alors stimulée à outrance à trancher ? Le déferlement des stimuli risque toutefois de submerger la capacité d'y répondre par la créativité pratique, auquel cas il n'y aura plus de médecin, mais de simples relais applicatifs de décisions algorithmées, lesquelles

¹³ Paolo Virno interprète l'éventualité des marques à la craie ainsi : « *c'est-à-dire, si on démultipliait à l'envi les règles destinées à garantir une application univoque* ». VIRNO Paolo, *Motto di spirito e azione innovativa*, op.cit., p.39 (nous traduisons).

¹⁴ WITTGENSTEIN Ludwig, *Recherches philosophiques*, op.cit., § 85, p.74.

¹⁵ VIRNO Paolo, *Motto di spirito e azione innovativa*, op.cit., p.43 (nous traduisons).

¹⁶ Ibid., p.43-44 (nous traduisons). Cette question est reprise et développée dans VIRNO Paolo, *Et ainsi de suite...*, op.cit.

¹⁷ BAUMAN Zygmunt, *Le présent liquide. Peurs sociales et obsession sécuritaire*, trad. Laurent Bury, Paris, Seuil, 2007, p.39.

¹⁸ VON UEXKÜLL Jakob, *Milieu animal et milieu humain*, op.cit., p.43.

¹⁹ VIRNO Paolo, *Et ainsi de suite...*, op.cit.

Conclusion

laisseront accroire qu'elles sont taillées sur mesure, les *omiques* faisant foi. Pour s'orienter dans l'existence, ne manqueront pas les gourous. Si le médecin découvre que son expérience présente lui fournit déjà les ressources nécessaires pour ne pas être submergé par les stimuli normatifs, alors il se réjouira de ce que la science progresse parce que chaque avancée technologique, chaque gain de savoir, réduit la distance qui le sépare des moments de décision. Réduit la distance, mais ne la supprime pas. A ce point précis s'origine le vœu scientifique, partagé par le corps médical et le public : le jour viendra où la distance qui force à la décision sera abolie, où le flou et le fragile seront expulsés. Le vœu serait-il le même si on s'avisait que la transparence est souvent synonyme de brutalité ? Nos investigations sur la clinique nous ont davantage rapprochés d'une position socratique : « assomption d'un non-savoir »²⁰, où on peut entendre non seulement le fait d'assumer de ne pas savoir – non pas assumer une ignorance qui pourrait être levée par quelque système expert mais assumer qu'une part de l'acte médical ne relève pas d'un savoir qu'on puisse posséder –, mais également reconnaître sa valeur, faire sa part au non-savoir, contre un croire-savoir qui fait le lit du scientisme et des travers du paternalisme. Les dialogues socratiques qui ne parviennent pas à « arrêter un savoir articulé en termes positifs »²¹ ont leurs corrélations : Socrate poursuit sa recherche, infiniment inachevée ; le réel de la vie exclut la possibilité de faire correspondre un savoir à la vérité ; la médecine n'a pas le dernier mot sur la santé. Pour autant il ne s'agit pas d'abandonner la recherche, de chercher les mots justes, d'essayer de bien vivre.

Au fil de la thèse, un certain nombre de conséquences ont pu être tirées, comme autant de prises de position dans certains débats contemporains propres à la médecine et à sa philosophie. Le statut épistémologique de la médecine est celui d'une pratique, c'est-à-dire d'une *tekhnē* au sens élargi que nous lui avons donné et qui englobe la *phronēsis*. Sa mise au point, son affinement, son déploiement, nécessitent une élaboration, un affinage, une mise en culture : la clinique est le nom du laboratoire où elle naît, se développe, se transforme. C'est en assumant pleinement, radicalement, le statut de praticien d'une *tekhnē*, – nous entendons par assumer de l'endosser et d'en prendre la pleine mesure – que le médecin se situera à la fois au plus près de la science – dans ce qu'elle a de plus impersonnel – et au plus près de l'art – jusque dans ses avancées créatives. Au plus près de la science dans le moment diagnostique quand le médecin se transforme en instrument de détection des phénomènes pertinents, quand il organise les traces recueillies et interprétées pour construire des hypothèses mises à l'épreuve d'une objectivation expérimentale. Au plus près de la science dans le moment thérapeutique quand il tient compte de l'ensemble des connaissances disponibles (résultats d'essais cliniques, expérience acquise, préférences du patient) pour constituer un ensemble adéquat de remédiations. Au plus près de l'art dans le moment diagnostique quand il use de sa subjectivité et de sa sensibilité pour affiner l'instrument de détection qu'il devient. Et au plus près de l'art dans le moment thérapeutique quand il franchit le hiatus qui sépare une norme spécifiée de son application.

²⁰ CONSTANTOPOULOS Michel, *La tragédie de l'inconscient*, Paris, Arcanes, « Hypothèses », 1995, p.169-185.

²¹ Ibidem.

Conclusion

Le débat épistémologique a des conséquences pratiques et donc éthiques. La notion de pratique expérimentale trouve ici son renouvellement. La clinique dont les instances érotiques, esthétiques et éthiques ont été dégagées est une boussole qui peut fonctionner même en cas d'orage magnétique, de dérèglement climatique qui résulte des assauts de la nouvelle gouvernance, des promesses hâtives de la médecine de précision et de la profusion des procédures. Ce qui ordonne la pratique médicale – gestes et paroles – peut être conçu sous différentes combinaisons : une esthétique de l'éthique (la juste mesure, celle qui se signale par son à-propos, lequel peut bien apparaître intempestif ou impertinent à certains égards), une éthique de l'érotique (qui culmine dans le *comme non* : aimant comme n'aimant pas, pointe de la *sôphrosunē*), une érotique de l'esthétique (la délicatesse du tact et l'amour du travail ciselé), une esthétique de l'érotique (esthésie ouverte à ce qui se joue dans la relation même), une éthique de l'esthétique (l'attention aux déchets, à l'inattendu, l'ouverture à l'inouï, à l'inédit). Le point nodal de cette « érosthétique » est d'être possédé par le désir de la *tekhnē*: loin d'être une figure idéalisée (le médecin ne peut que laisser à désirer – érotique de l'éthique), le médecin véritable est celui qui endosse les imperfections épistémologiques et logiques de sa pratique – lesquelles imperfections s'apprécient surtout lorsqu'on la juge à l'aune de modèles sans usage possible –, non par dépit, non par résignation, mais parce que ces défauts apparents sont la marque indélébile de ce qui est aussi sa plus grande force : de même que les architectes de Lesbos ont adopté des instruments souples pour épouser les contorsions de la pierre, de même aucune technique rigide – fût-elle la meilleure garantie pour l'homme moyen – n'est-elle adéquate pour soigner un individu donné dans sa complexion originale. Contre la fragilité défectueuse et fautive, s'affirme la puissance normative du flou et du bricolage, comme conditions même de l'exercice, lequel nécessite une adaptation fine à son objet. Non pas la fin (mort) de la clinique, mais sa finesse. Nous l'appelons radicale car elle plonge ses racines dans la longue durée. Les techniques se modifient, mais la méthode est la même. Est radical ce qui est relatif à l'essence de quelque chose : prenant comme point de départ la clinique réduite à son os (la réponse à la demande d'un être vivant parlant inquiet de ce que son corps lui annonce), nous avons essayé d'en dégager les lignes de force inscrites dans sa structure, pour pouvoir y puiser des forces créatives. C'est en se radicalisant (littéralement : en allant jusqu'au bout de chacune des conséquences impliquées par le choix initial) qu'elle peut poursuivre sa fin (visée) propre, ou accomplir sa rationalité spécifique pour le dire avec les mots de Canguilhem. L'heure est dit-on à la déradicalisation. Mais au prix de quel « épuisement des ressources critiques »^{22?}

Le propre d'une philosophie des catastrophes est, affirme Zaoui, de confondre la survie et la « sur-vie »²³. Opérer des synthèses disjonctives : penser par slogans « jusqu'à la nausée » (par exemple : laisse à désirer ! aime comme n'aimant pas ! que ta sensibilité soit calleuse ! vise la beauté ! sois simple ! renoue avec le bavardage ! etc.) et prendre le temps d'analyser situations et discours le plus froidement possible. Mais n'est-ce pas aussi une description de la clinique médicale elle-même : ne devrait-on pas la considérer comme une philosophie des

²² MONDZAIN Marie-José, *Confiscation des mots, des images et du temps. Pour une autre radicalité*, Paris, Les Liens qui Libèrent, 2017, p.34.

²³ ZAOUÏ Pierre, *La traversée des catastrophes, Philosophie pour le meilleur et pour le pire*, op.cit., p.320. Nous proposons nos propres slogans.

Conclusion

catastrophes ? C'est ce que nous avons tenté de faire : appliquer à la crise (à la catastrophe) contemporaine de la clinique une méthode philosophique adaptée à son objet. Prendre soin de sa *tekhnē* est notre philosophie. Philosophie de la médecine, mais aussi philosophie médicale.

BIBLIOGRAPHIE THEMATIQUE ET SELECTIVE

Les références bibliographiques principales sont ici regroupées thématiquement. Dans la mesure du possible, les répétitions ont été évitées.

ARISTOTE, PLATON

- ARISTOTE, *Ethique à Nicomaque*, trad. Richard Bodéüs, Paris, Garnier-Flammarion, 2004 ; trad. Jules Tricot, Paris, Vrin, « Bibliothèque des textes philosophiques », 2007 ; trad. J Barthélémy Saint-Hilaire, Paris, Le Livre de Poche, « Classiques de la philosophie », 1992.
- ARISTOTE, *Métaphysique - Tome I, Livres A-Z*, trad. Jules Tricot, Paris, Vrin, 2000.
- ARISTOTE, *Métaphysique - Tome II, Livres H-N*, trad. Jules Tricot, Paris, Vrin, 2004.
- ARISTOTE, *Rhétorique*, trad. Jean Lauxerois, Paris, Pocket, 2007.
- ARISTOTE, *Œuvres complètes*, Pierre PELLEGRIN (dir.), Paris, Flammarion, 2014.
- BRISSON Luc, FRONTEROTTA Francesco, *Lire Platon*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2014.
- CASTORIADIS Cornelius, *Sur le Politique de Platon*, Paris, Seuil, 1999.
- CURZER Howard J, « Aristotle's practical syllogism », *The philosophical forum* 2015; 46 (2):129-153.
- DELCOMMINETTE Sylvain, « La juste mesure. Etude sur les rapports entre le politique et le Philèbe », *Les études philosophiques* 2005 ; 74 : 347-66.
- LABARRIERE Jean-Louis, « Du phronimos comme critère de l'action droite chez Aristote », in : Danielle LORIES et Laura RIZZIERO (dir), *Le jugement pratique ; autour de la notion de phronèsis*, Paris, Vrin, 2008, p.145-66.
- LABARRIERE Jean-Louis, « Nom de plaisir, le nom : Aristote suivi par Thomas d'Aquin », *Les Études philosophiques* 2014/2 ; 109 : 187-200.
- LOMBARD Jean, *Platon et la médecine, le corps affaibli et l'âme attristée*, Paris, L'Harmattan, 1999.
- LOMBARD Jean, *Aristote et la médecine ; le fait et la cause*, Paris, L'Harmattan, 2004.
- MANZINI Frédéric, *Spinoza : une lecture d'Aristote*, Paris, Presses Universitaires de France, « Epiméthée », 2009.
- MC CABE Mary Margaret, *Platonic conversations*, Oxford, Oxford University Press, 2015.
- MONTEILS-LAENG Laetitia, « Aristote et l'invention du désir », *Archives de Philosophie* 2013/3 ;76 : 441-57.
- PLATON, *Oeuvres complètes*, Luc BRISSON (dir.), Paris, Flammarion, 2008.
Le politique, trad. Luc Brisson et Jean-François Pradeau, in *id.*
Lois, trad. Luc Brisson et Jean-François Pradeau, in *id.*
Charmide, trad. Louis-André Dorion, in *id.*
- PLATON, *Premiers dialogues*, trad. Emile Chambry, Paris, GF Flammarion, 1967.
« Lysis », in *id.*
« Euthyphron », in *id.*
« Lachès », in *id.*
« Charmide », in *id.*; trad. Louis-André Dorion,
- PLATON, *Charmide, Lysis*, trad. Louis-André Dorion, Paris, GF Flammarion, 2004.
- PLATON, *Gorgias*, trad. Alfred Croiset, Paris, Les Belles Lettres, 2002.
- PLATON, *Phèdre*, trad. Luc Brisson, Paris, GF-Flammarion, 1995.

Bibliographie thématique et sélective

- PLATON, *Le Banquet*, trad. Luc Brisson, Paris, GF Flammarion, 2007 ; trad. Paul Vicaire, Paris, Les Belles Lettres, « Librio », 1992.
- PLATON, *Le sophiste*, trad. Nestor L. Cordero, Paris, GF Flammarion, 1993.
- PLATON, *Protagoras*, trad. Emile Chambry, Paris, GF-Flammarion, 1967.
- PLATON, *République*, trad. Robert Baccou, Paris, Librairie Garnier Frères, 1950.
- SCHUHL Pierre Maxime, « Platon et la médecine », *Revue des Études Grecques* 1960 ; 73(344-346) : 73-9.

Médecine de l'Antiquité – Histoire de la médecine

- BARROUX GILLES, *La médecine de l'Encyclopédie. Entre tradition et modernité*, Paris, CNRS Editions, 2017.
- BOUDON-MILLOT Véronique, « Médecine et enseignement dans l'Art médical de Galien », *Revue des Études Grecques* 1993 ; 106 (504-505) :120-141.
- DE KONINCK Thomas, LAROCHELLE Gilbert, MINEAU André, « Archéologie de la médecine et de l'éthique », *Laval théologique et philosophique* 1999 ; 55 (2) : 227-244.
- EDELSTEIN Ludwig, *Ancient Medicine, Selected papers*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1987.
- FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1963.
- FOUCAULT Michel, « Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine ? » (1976), in : *Dits et écrits II. 1976-1988*, Paris, Gallimard, « Quarto », 2001, texte n° 170, p.40-58.
- FOUCAULT Michel, « La naissance de la médecine sociale » (1977), in : *Dits et écrits II. 1976-1988*, Paris, Gallimard, « Quarto », 2001, texte n° 196, p. 207-228.
- GALIEN Claude, *Traité des passions de l'âme et de ses erreurs*, trad. Robert Van der Elst, Paris, Delagrave, 1914.
- GALIEN Claude, *Oeuvres anatomiques, physiologiques et médicales Tome I*, trad. Ch. Daremberg, Paris, JB Baillièrè, 1854.
- GALIEN Claude, *Oeuvres anatomiques, physiologiques et médicales Tome II*, trad. Ch. Daremberg, Paris, JB Baillièrè, 1856.
- GERBIER Laurent, « La politique et la médecine : une figure platonicienne et sa relecture averroïste », Astérior [En ligne], 2003, <http://asterion.revues.org/13>.
- HIPPOCRATE DE COS, *De l'art médical*, trad. Emile Littré, Paris, Librairie Générale Française, 1994.
- HIPPOCRATE DE COS, *La consultation*, trad. Emile Littré, Paris, Hermann, 1986.
- HIPPOCRATE DE COS, « L'ancienne médecine », *Œuvres complètes Tome II, 1^{ère} partie*, trad. Jacques Jouanna, Paris, Les Belles Lettres, 2003.
- HIPPOCRATE DE COS, « De l'art », *Œuvres complètes Tome V, 1^{ère} partie*, Paris, Les Belles Lettres, 2003.
- HIPPOCRATE DE COS, « Le serment », *Œuvres complètes d'Hippocrate* vol. 4, trad. Emile Littré, Paris, JB Baillièrè, 1844.
- HIPPOCRATE DE COS, « Des vents », *Œuvres complètes* vol. 6, trad. Emile Littré, Paris, J.-B. Baillièrè, 1849, p.88-115.
- HIPPOCRATE DE COS, « Du régime des maladies aiguës », *Œuvres complètes Tome VI, 2^e partie*, trad. Robert Joly, Paris, Les Belles Lettres, 2003.
- HIPPOCRATE DE COS, « Des maladies des femmes », *Œuvres complètes* vol. 8, trad. Emile Littré, Paris, J.-B. Baillièrè, 1853.
- HIPPOCRATE DE COS, « Du médecin », *Œuvres complètes* vol. 9, trad. Emile Littré, Paris, J.-B. Baillièrè, 1861, p.204-221.

Bibliographie thématique et sélective

- HIPPOCRATE DE COS, « De la bienséance », *Œuvres complètes* vol. 9, trad. Emile Littré, Paris, J.-B. Baillière, 1861, p.226-245.
- HIPPOCRATE DE COS, « Préceptes », *Œuvres complètes* vol. 9, trad. Emile Littré, Paris, J.-B. Baillière, 1861, p.246-273.
- HOFMANN Bjorn, « Medicine as techne—a perspective from antiquity », *Journal of Medicine and Philosophy* 2003; 28(4): 403–425.
- JERPHAGNON Lucien, *Les dieux ne sont jamais loin*, Paris, Desclée de Brouwer, 2002.
- JOLY Robert, « Platon et la médecine », *Bulletin de l'Association Guillaume Budé : Lettres d'humanité* 1961 ; 20 : 435-51.
- JOUANNA Jacques, « La notion de nature chez Galien », in : GALLI MILIC Lavinia, BARNES Jonathan, JOUANNA Jacques, BARRAS Vincent (dir), *Galien et la philosophie*, Genève, Fondation Hardt, 2003, p.229-268.
- JOUANNA Jacques, *Hippocrate*, Paris, Les Belles Lettres, 2017.
- MARKS Harry, *La médecine des preuves, Histoire et anthropologie des essais cliniques 1900-1990*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 1999.
- PIGEAUD Jackie, *Poétiques du corps, Aux origines de la médecine*, Paris, Les Belles Lettres, 2008.
- PIGEAUD Jackie, « Quelques notes sur la rhétorique médicale », in : *La rhétorique médicale à travers les siècles*, Actes du colloque international de Paris, 9 et 10 octobre 2008, Genève, Droz, 2012, p.1-22.
- SICARD Didier, VIGARELLO Georges (dir), *Aux origines de la médecine*, Paris, Fayard, 2011.
- DEBRU Armelle, « Au commencement de notre rationalité médicale : la médecine hippocratique », in *id.*, p.31-45.
- TUBIANA Maurice, *Histoire de la pensée médicale, Les chemins d'Esculape*, Paris, Flammarion, « Champs », 1995.
- WARREN LIDZ Joel, « Medicine as metaphor in Plato », *Journal of Medicine and Philosophy* 1995;20:527-541.

CORPS

- ALLOUCH Jean, « De quoi suis-je fait? À propos de la parution Des noms-du-père de Jacques Lacan », *Acheronta, Revista de Psicoanálisis y Cultura*, 2005, 21, p.239.
- ANDRAULT Raphaële, *La raison des corps ; mécanisme et sciences médicales*, Paris, Vrin, « Problèmes de la raison », 2016.
- ASSOUN Paul-Laurent, *Corps et symptôme. Leçons de psychanalyse*, Paris, Anthropos/Economica, 4^e éd., 2015. [Première édition : *Leçons psychanalytiques sur Corps et Symptôme*, Paris, Anthropos/Economica, 2 vol, 1997].
- AUDI Paul, *Où je suis. Topique du corps et de l'esprit*, Paris, Encre marine, 2004.
- BALIBAR Etienne, « Le traité lockien de l'identité », in LOCKE John, *Identité et différence. L'invention de la conscience* [1700], trad. Etienne Balibar, Paris, Seuil, « Essais », 1998, p.9-101.
- BASZANGER Isabelle, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil, 1995.
- BAUD Jean-Pierre, *L'affaire de la main volée. Une histoire juridique du corps*, Paris, Seuil, 1993.
- BOËTSCH Gilles, HERVE Christian, ROZENBERG Jacques J (dir), *Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé*, Bruxelles, De Boeck, 2007.
- BROHM Jean-Marie, *Le corps analyste. Essais de sociologie critique*, Paris, Anthropos/Economica, 2001.
- CANGUILHEM Georges, « La santé : concept vulgaire et question philosophique »(1988), *Ecrits sur la médecine*, Paris, Seuil, 2002, p.49-68.

Bibliographie thématique et sélective

- CHARLIER Philippe, *Ouvrez quelques cadavres ; une anthropologie médicale du corps mort*, Paris, Buchet et Chastel, 2015.
- COLLECTIF, *Les organes. Le fait de l'analyse* n°5, Paris, Autrement, septembre 1998 .
- DAMASIO Antonio R, *Le sentiment même de soi. Corps, émotions, conscience*, Paris, Odile Jacob, 2002.
- DEJOURS Christophe, *Le corps, d'abord ; corps biologique, corps érotique et sens moral*, Paris, Payot, « Petite bibliothèque », 2003.
- DE LA ROBERTIE Louis, « Le corps. Textes de Jacques Lacan », *Littoral*, 1989, 27/28, p. 157-172.
- DESCARTES René, *Méditations métaphysiques*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 1992.
- EDELMANN Bernard, *Ni chose ni personne. Le corps humain en question*, Paris, Hermann, 2009.
- FEDIDA Pierre, « La construction du corps dans la fiction métapsychologique », in REICHLER Claude (dir), *Le corps et ses fictions*, Paris, Minuit, 1983.
- FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1963.
- FREUD Sigmund, BREUER Joseph, *Etudes sur l'hystérie* (1895), trad. Anne Berman, Paris, Presses Universitaires de France, 12^e éd., 1992
- FREUD Sigmund, « Résultats, idées, problèmes (1938) », in : *Résultats, Idées, Problèmes, II*, Paris, Presses Universitaires de France, 1992, p.287-288.
- GALIMBERTI Umberto, *Les raisons du corps*, Paris, Grasset et Fasquelle, 1998.
- GOFFMAN Erving, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit, 1975.
- HENNETTE-VAUCHEZ Stéphanie, *Disposer de soi ? Une analyse du discours juridique sur les droits de la personne sur son corps*, Paris, L'Harmattan, 2004.
- HENRY Michel, *Incarnation, une philosophie de la chair*, Paris, Seuil, 2000.
- KANT Emmanuel, « La médecine du corps qui est du ressort des philosophes » (1786), in *Ecrits sur le corps et l'esprit*, trad. Grégoire Chamayou, Paris, GF-Flammarion, 2007.
- LE BRETON David, *La sociologie du corps*, Paris, Presses Universitaires de France, 1992.
- LE BRETON David, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, Presses Universitaires de France, 1992.
- LE BRETON David, *La chair à vif ; usages médicaux et mondains du corps humain*, Paris, Métailié, 1993.
- LE BRETON David, *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié, 2012.
- LE HENAFF Yannick, HEAS Stéphane, BODIN Dominique, ROBENE Luc, « Hématomes, éraflures, cicatrices. Les marques corporelles (involontaires ?) comme *métis* du rugby », *Revue du MAUSS*, 2008/2 ; 32 : 553-574.
- LEMAIRE François, RAMEIX Suzanne, GHANASSIA Jean-Pierre (dir), *Le corps : à qui appartient-il ?*, Paris, Flammarion, « Médecine-Sciences », 1996.
- MACIA Enguerran, CHEVE Dominique, « Vieillir en beauté ? Transformations et pratiques corporelles des femmes », *Gérontologie et société* 2012/1 ;140 : 23-35.
- MANN Thomas, *La montagne magique* (1926), Paris, Arthème Fayard (1931), « Le Livre de Poche », 1997.
- MEMMI Dominique, GUILLO Dominique, MARTIN Olivier (dir), *La tentation du corps ; corporéité et sciences sociales*, Paris, Éditions de l'EHESS, « Cas de figure », 2009.
- MERLEAU-PONTY Maurice, *Phénoménologie de la perception* (1945), Paris, Gallimard, « Tel », 2012.
- MILNER Jean-Claude, *Le triple du plaisir*, Lagrasse, Verdier, 1997.
- NANCY Jean-Luc, *Corpus*, Paris, Métailié, 2000.
- REICHLER Claude (dir), *Le corps et ses fictions*, Paris, Minuit, 1983.
- RICHR Marc, *Le corps ; essai sur l'intériorité*, Paris, Hatier, 1993.

Bibliographie thématique et sélective

- THELEN E, SCHONER G, SCHEIER C, SMITH LB, « The dynamics of embodiment: a field theory of infant perservative reaching », *Behavioral and Brain Sciences* 2001;24 : 1-86.
- TISSIER-DESBORDES Elisabeth, « Le corps hypermoderne », in AUBERT Nicole (dir), *L'individu hypermoderne* (2004), Toulouse, Erès, 2017, p.237-71.
- VALERY Paul, « Réflexions simples sur le corps » (1943), *Œuvres tome 3 - Variété V*, Paris, Le Livre de Poche, 2016, p.768-777.
- WILLIAMS SJ, « Medical sociology and the biological body : where are we now and where do we go from here ? », *Health* 2006 ; 10 (1) : 5-30.

Sémiologie

- COLLECTIF, *Dictionnaire des Sciences médicales*, Tome I, Bruxelles, Auguste Wahlen, 1828.
- DELAVAL Philippe, Benoît DESRUES, *Sémiologie respiratoire*, Rennes, Septembre 2005. URL : <https://dokumen.tips/documents/semiologie-respiratoire.html>.
- DOUBLE, François-Joseph, *Traité de sémiologie générale ou traité des signes et de leur valeur dans les maladies*, Paris, Librairie de la société de médecine, 1811. URL : <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k54742299.texteImage>.
- FOUCAULT Michel, « Message ou bruit ? » (1966), in : *Dits et Ecrits I. 1954-1975*, Paris, Gallimard, « Quarto », 2001, texte n° 44, p.585-588.
- FOUCAULT Michel, « Introduction » à Ludwig BINSWANGER, *Le rêve et l'existence* (1954), in *Dits et Ecrits I. 1954-1975*, Paris, Gallimard, « Quarto », 2001, texte n°1, p.73-147.
- FREUD Sigmund, « Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques », (1893), in : *Résultats, Idées, Problèmes, Tome I (1890-1920)*, Paris, Presses Universitaires de France, 1998, p.45-59
- GINZBURG Carlo, « Signes, traces, pistes. Racines d'un paradigme de l'indice », *Le Débat*, 1980, 6, p. 3-44.
- HAMPTON J R, HARRISON M J, MITCHELL J R, PRICHARD J S, SEYMOUR C, « Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients », *British Medical Journal* 1975;2 (5969):486-9.
- KOLK Annemarie M, HANEVALD Gerrit J.F.P., SCHAGEN Simon, GIJSBERS VAN WIJK Cecile M.T., « A symptom perception approach to common physical symptoms », *Social Science and Medicine*, 2003;57:2343-2354.
- MASSE Raymond, « Les conditions d'une anthropologie sémiotique de la détresse psychologique », *Recherche sémiotique / Semiotic Inquiry* (RSSI), 1999, 19 (1) : 39-62.
- MERLEAU-PONTY Maurice, *Phénoménologie de la perception* (1945), Paris, Gallimard, « Tel », 2012.
- MONDOR Henri, *Les Diagnostics urgents : Abdomen* (1928), Paris, Masson, 1979.
- PETERSON MC, HOLBROOK JH, VON HALES D, SMITH NL, STAKER LV, « Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnoses », *Western Journal of Medicine* 1992;156(2):163-5.
- PIGEAUD Jackie, *Poétiques du corps, Aux origines de la médecine*, Paris, Les Belles Lettres, 2008.
- SCHNEIDER Monique, « Palper la cicatrice », *Revue française de psychosomatique* 2010/2 ; 38 : 53-64.
- VERWOERD AJ, PEUL WC, WILLEMSSEN SP, et al., « Diagnostic accuracy of history taking to assess lumbosacral nerve root compression », *Spine Journal* 2014;14(9):2028-37.

Psychosomatique, troubles fonctionnels

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Elsevier Masson, 2015.
- ARNAUD Sabine, *L'invention de l'hystérie au temps des Lumières (1670-1820)*, Paris, Editions de l'EHESS, 2007.

Bibliographie thématique et sélective

- CATHEBRAS Pascal, *Troubles fonctionnels et somatisations- Comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués ?*, Paris, Masson 2006.
- CELERIER Marie-Claire, *Corps et fantasmes ; pathologie du psychosomatique*, Paris, Dunod, 1991.
- DANTZER Robert, *L'illusion psychosomatique*, Paris, Odile Jacob, 1989.
- DUPOND Jean-Louis, *Psychologie de la fatigue, le mal des maudits*, Paris, Le Cygne, 2006.
- FORD Alexander C, TALLEY Nicholas J, « Irritable Bowel Syndrome in 2010: advances in pathophysiology, diagnosis and treatment », *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology* 2011;8:76-8.
- GREEN André, « Théorie », in : Alain FINE, Jacqueline SCHAEFFER (dir), *Interrogations psychosomatiques*, Paris, Presses Universitaires de France, « Débats de psychanalyse », 1998, p.17-53.
- GUIR Jean, *Psychosomatique et cancer*, Paris, Point Hors Ligne, 1983.
- HÄUSER Winfried, FITZCHARLES Mary-Ann, « Facts and myths pertaining to fibromyalgia », *Dialogues in clinical neuroscience* 2018 ; 20(1): 53–62.
- KELLER Pascal-Henri, *La médecine psychosomatique en question ;le savoir du malade*, Paris, Odile Jacob, 1997.
- KIRKENGEN Anna Luise, THORNQUIST Eline, « The lived body as a medical topic : an argument for an ethically informed epistemology », *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2012;18:1095-101.
- JAEGER Philippe, « La santé selon Winnicott : les rapports psyché-soma », *Revue française de psychosomatique* 2009/2 ;36 :129-45.
- LAMBRICHS Louise L, *Le livre de Pierre*, Paris, La Différence, 1995.
- MARTY Pierre, *Mentalisation et psychosomatique*, Chilly-Mazarin, Delagrangé, « Les empêcheurs de penser en rond », 1991.
- PEDINIELLI Jean-Louis, « Psychopathologie du somatique : la « maladie du malade » », *Cliniques méditerranéennes*, 1993, n°37-38, p. 121-37
- RANQUE B, NARDON O, « Prise en charge des symptômes médicalement inexpliqués en médecine interne : un paradigme de la relation médecin-malade en situation d'incertitude », *Revue de médecine interne* 2017 ;38 : 458–466.
- RICHARD F, « Théories psychosomatiques du thérapeute, "théories psychosomatiques" du patient », *Revue de Médecine Psychosomatique* 1992 ; 30/31: 123-132.
- THURIN Jean-Michel, BAUMANN Nicole (dir), *Stress, pathologies et immunité*, Paris, Flammarion/Médecine-Sciences, 2003.
- WEBER Jean-Christophe, « Les somatisations en clinique non psychiatrique: des "troubles somatoformes"aux "troubles à symptomatologie somatique et apparentés" », *Médecine Thérapeutique* 2017 ; 23:229-37.

EMOTIONS (COMPASSION, EMPATHIE, SYMPATHIE...)

- AUDI Paul, « D'une compassion l'autre », *Revue du MAUSS* 2008/2 ;32 : 185-202.
- AUDI Paul, *L'empire de la compassion*, Paris, Encre marine, 2011.
- BATT-RAWDEN Samantha A, CHISHOLM Margaret S, ANTON Blair, FLICKINGER Tabor E, « Teaching empathy to medical students : an updated, systematic review », *Academic Medicine* 2013;88 (8):1171-7.
- BAUR Vivianne, VAN NISTELROOIJ Inge, VANLAERE Linus, « The sensible health care professional: a care ethical perspective on the role of caregivers in emotionally turbulent practices », *Medicine Health Care and Philosophy* 2017; 20:483–493.
- BENBASSAT Jochanan, BAUMAL Reuben, « What is empathy, and how can it be promoted during clinical clerkship? », *Academic Medicine* 2004;79 (9):832-839.

Bibliographie thématique et sélective

- BERES David, ARLOW Jacob A, « Fantasma et identification dans l'empathie », *Revue française de psychanalyse* 2004/3 ; 68 : 771-790.
- BETZLER Riana J, « How to clarify the aims of empathy in medicine », *Medicine Health Care and Philosophy* 2018; <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9833-2>.
- BOVE Laurent, *La stratégie du conatus, affirmation et résistance chez Spinoza*, Paris, Vrin, 1996.
- CATALDO KP, PEEDEN K, GEESEY ME, DICKERSON L, « Association between Balint training and physician empathy and work satisfaction », *Family Medicine* 2005; 37 (5): 328-31.
- CHALLITA Marie, « From empathic mind to moral behaviour: the “who”, “why” and “how” », *Medicine Health Care and Philosophy* 2016; 19:517–522.
- CROSKERRY Pat, « How doctors feel : affective issues in patients’ safety », *The Lancet* 2008; 372: 1205-1206.
- CUFF Benjamin MP, BROWN Sarah J, TAYLOR Laura, HOWAT Douglas J, « Empathy: A Review of the Concept », *Emotion Review* 2016; 8 (2):144–153.
- CUGNO Alain, « De notre indifférence », *Études* 2005/6 ;402 : 761-70.
- DAMASIO Antonio R, *L’erreur de Descartes – la raison des émotions*, Paris, Odile Jacob, 1994.
- DAMASIO Antonio R, *Spinoza avait raison. Joie et tristesse, le cerveau des émotions*, Paris, Odile Jacob, « Poches », 2005.
- DE GRECK Moritz, WANG Gang, YANG Xuedong, WANG Xiaoying, NORTHOFF Georg, HAN Shihui, « Neural substrates underlying intentional empathy », *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2012; 7(2): 135–144.
- DEIGH John, « Cognitivism in the theory of emotions », *Ethics* 1994 ; 104 : 824-54.
- DELASSUS Eric, *De l’éthique de Spinoza à l’éthique médicale*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2011.
- DELEUZE Gilles, *Spinoza. Cours à Vincennes*, transcription d’enregistrements audio. URL : http://www2.univ-paris8.fr/deleuze/rubrique.php3?id_rubrique=6
- DELEUZE Gilles, *Spinoza. Philosophie pratique*, Paris, Minuit, 2003.
- DE URTUBEY Louise, « Freud et l'empathie », *Revue française de psychanalyse* 2004/3 ; 68 : 863-75.
- DE ZULUETA Paquita, « Compassion in healthcare », *Clinical Ethics* 2013; 8 :87-90.
- EKSTROM Laura W, « Liars, medicine and compassion », *Journal of Medicine and Philosophy* 2012; 37:159-180.
- FALQUE Emmanuel, « Expérience et empathie chez Bernard de Clairvaux », *Revue des sciences philosophiques et théologiques* 2005 ;89(4) : 655-96.
- GELHAUS Petra, « The desired moral attitude of the physician: (I) empathy », *Medicine Health Care and Philosophy* 2012; 15(2): 103–13.
- GELHAUS Petra, « The desired moral attitude of the physician: (II) compassion », *Medicine Health Care and Philosophy* 2012;15(4):397-410.
- GERBER Daniel, « Les emplois d’éléos en Luc-Actes », in: Eberhard BONS (dir), « *Car c’est l’amour qui me plaît, non le sacrifice...* ». *Recherches sur Osée 6,6 et son interprétation juive et chrétienne*, Leiden, Brill, « SJSJ 88 », 2004, p. 81-95.
- GINTZ Christine, « La compassion peut-elle être un repère pour légiférer en matière d'éthique ? », *Journal français de psychiatrie* 2003/3 ; 20 : 38-40.
- GOLDIE Peter, « Seeing what is the kind thing to do: perception and emotion in morality », *Dialectica* 2007. 347–361.
- HALPERN Jodi, « From idealized clinical empathy to empathic communication in medical care », *Medicine Health Care and Philosophy* 2014; 17: 301–311.
- HOOKE Claire, « Understanding empathy : why phenomenology and hermeneutics can help medical education and practice », *Medicine Health Care and Philosophy* 2015;18:541-552.

Bibliographie thématique et sélective

- HUME David, *Traité de la nature humaine, Livre II Des passions et Livre III De la morale*, Édition numérique réalisée le 1er juin 2007 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.
- JOOS Jean-Ernest, « La « catharsis » et le moment historique de la tragédie grecque », *Études françaises* 1979 ;15(3-4) :21-44.
- JORLAND Gérard, THIRIOUX Bérangère, « Note sur l'origine de l'empathie », *Revue de métaphysique et de morale* 2008/2 ; 58 : 269-80.
- KIM Sung Soo, KAPLOWITZ Stan, JOHNSTON Mark V, « The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance », *Evaluation and the Health Professions* 2004; 27: 237-51.
- KISSEL Andrew, « Indeterministic intuitions and the Spinozan strategy », *Mind & Language* 2018;33(3) : 280-298.
- KURTH Charlie, « Emotion, deliberation, and the skill model of virtuous agency », *Mind and Language* 2018; 33 (3):299-317.
- LECOMTE Jacques, *La bonté humaine. Altruisme, empathie, générosité*, Paris, Odile Jacob, 2012.
- LEMOGNE Cédic, « Empathie et médecine », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* 2015 ; 199 (2-3) :241-252.
- LIPPS Theodor, « Einfühlung, innere Nachahmung, und Organempfindungen », *Archiv für die gesamte Psychologie* 1903; 3 (2-3):185-204. (traduit par David Romand)
- MERCADIER Catherine, *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*, Paris, Seli Arslan, 2002.
- MERCADIER Catherine, « Hôpital silence ! Le travail émotionnel des soignants », in Fabrice FERNANDEZ, Samuel LEZE, Hélène MARCHE (dir), *Le langage social des émotions ; études sur les rapports au corps et à la santé*, Paris, Anthropos Economica, 2008, p.239-262.
- NORTVEDT Per, « Sensibility and clinical understanding », *Medicine Health Care and Philosophy* 2008; 11:209-219.
- NUSSBAUM Martha C, *Upheavals of thought ; the intelligence of emotions*, Cambridge, Cambridge University Press, 2001.
- PACHERIE Elisabeth, « L'empathie et ses degrés », in BERTHOZ Alain, JORLAND Gérard (dir), *L'empathie*, Paris, Odile Jacob, 2004, p.149-181.
- PARENT Florence, JOUQUAN Jean, KERKHOVE Leslie, JAFFRELOT Morgan, DE KETELE Jean-Marie, « Intégration du concept d'intelligence émotionnelle à la logique de l'approche pédagogique par compétences dans les curriculums de formation en santé », *Pédagogie Médicale* 2012 ; 13(3) : 183-201.
- PEDERSEN Reidar, « Empathy: A wolf in sheep's clothing? », *Medicine Health Care and Philosophy* 2008; 11:325-335.
- PRINZ Jesse, « Against empathy », *The Southern Journal of Philosophy* 2011; 49 (1): 214-233
- PULCINI Elena, « What emotions motivate care? », *Emotion Review* 2017 ; 9 (1): 64-71.
- RENTMEESTER CA., « Should a good healthcare professional be (at least a little) callous ? », *Journal of Medicine and Philosophy*, 2007; 32 (1):43-64.
- SCHELER Max, *Nature et formes de la sympathie. Contribution à l'étude des lois de la vie émotionnelle*, Paris, Payot, 1950.
- SCHOPENHAUER Arthur, *Le fondement de la morale*, trad. Auguste Burdeau, Paris, LGF/Le livre de poche, 1991.
- SEVERAC Pascal, *Le devenir actif chez Spinoza*, Paris, Champion, 2005 .
- SMITH Adam, « De la sympathie », *Revue française de psychanalyse* 2004/3 ;68 : 763-8.
- SPINOZA Baruch, *Ethique*, trad. Bernard Pautrat, Paris, Seuil, « Points », 2010.
- SVENAEUS Fredrik, « Empathy as a necessary condition of phronesis: a line of thought for medical ethics », *Medicine Health Care and Philosophy* 2014; 17:293-299.

Bibliographie thématique et sélective

- SVENAEUS Fredrik, « The relationship between empathy and sympathy in good health care », *Medicine Health Care and Philosophy* 2015 ;18 :267-277.
- TISSERON Serge, *L'empathie au cœur du jeu social*, Paris, Albin Michel, 2010.
- VANNOTTI Marco, « L'empathie dans la relation médecin-patient », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2002, 29 (2) : 213-237.
- WEAR Delese, VARLEY Joseph D, « Rituals of verification : the role of simulation in developing and evaluating empathic communication », *Patient Education and Counseling* 2008;71:153-156.
- WEBER J-C., C ALLAMEL-RAFFIN, T RUSTERHOLTZ, I PONS, I GOBATTO, « Les soignants et la décision d'interruption de grossesse pour motif médical ; entre incertitudes cliniques et embarras éthiques », *Sciences Sociales et Santé* 2008 ; 26 (1) :93-120.
- WEBER Michael, « Compassion and pity : an evaluation of Nussbaum's analysis and defense », *Ethical Theory and Moral Practice* 2004; 7: 487–511.
- WISPÉ Lauren, « The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed », *Journal of Personality and Social Psychology* 1986; 50: 314–321.
- ZIELINSKI Agata, « La compassion, de l'affection à l'action », *Études* 2009 ; 410 (1) : 55-65.

ÉPISTEMOLOGIE

Épistémologie générale – philosophie des sciences

- ARISTOTE, *Métaphysique - Tome I, Livres A-Z*, trad. Jules Tricot, Paris, Vrin, 2000.
- ALIX Jean-Pierre, ANCORI Bernard, PETIT Pierre (dir), *Sciences en société au XXI siècle ; autres relations, autres pratiques*, Paris, CNRS Editions, 2008.
- BERTHELOT Jean-Michel, *L'emprise du vrai. Connaissance scientifique et modernité*, Paris, Presses universitaires de France, « Sociologie d'aujourd'hui », 2008.
- DE CUES Nicolas, *De la docte ignorance* (1440), trad. Moulinier, Paris, Editions de la Maisnie, 1930.
- DESPREST Vinciane, « D'un dualisme bien utile », *Revue d'anthropologie des connaissances* 2009 ; 3(3) :386-405.
- FAGOT-LARGEAULT Anne, « L'ordre vivant », in ANDLER Daniel, FAGOT-LARGEAULT Anne, SAINT-SERNIN Bernard (dir), *Philosophie des sciences I*, Paris, Gallimard, « Folio Essais », 2002, p. 483-575.
- HACKING Ian, *Entre science et réalité : la construction sociale de quoi ?*, Paris, La Découverte, 2001.
- ISRAEL-JOST Vincent, « L'attribution d'autorité à la science. Approche néopoppérienne du problème », *Cahiers philosophiques* 2015 ; 142 (3) : 53-72.
- ISRAËL-JOST Vincent, *L'observation scientifique. Aspects philosophiques et pratiques*, Paris, Classiques Garnier, 2015.
- JURDANT Baudouin, *La colonisation scientifique de l'ignorance*, <http://www.litura.org/jurdant>.
- KANT Emmanuel, *Critique de la raison pure* (1781), trad. A. Tremesaygues et B. Pacaud, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 7^e éd., 2008.
- KUHN Thomas Samuel, *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, « Champs », 1983.
- LECOURT Dominique, *Humain, posthumain*, Paris, Presses Universitaires de France, « Science, histoire et société », 2003.
- LECOURT Dominique (dir), *La science et l'avenir de l'homme*, Paris, Presses Universitaires de France, 2005.
- LEVY-LEBLOND Jean-Marc, *Aux contraires. L'exercice de la pensée et la pratique de la science*, Paris, Gallimard, « Nrf essais », 1996.
- MILNER Jean-Claude, *Le Juif de savoir*, Paris, Grasset et Fasquelle, 2006.

Bibliographie thématique et sélective

- MURPHY C, GARDONI P, « The acceptability and the tolerability of societal risks: a capabilities-based approach », *Science and Engineering Ethics* 2008 ; 14:77–92.
- VAHINGER Hans, « Extrait du chapitre XXVI de la Philosophie du comme si », *Philosophia Scientia* [En ligne], 2005 ; 9-1. URL : <http://journals.openedition.org/philosophiascientiae/625>.
- WEBER Max, *La science, profession et vocation*, trad. Isabelle Kalinowski, suivi de KALINOWSKI Isabelle, « Leçons Wébériennes sur la science et la propagande », Marseille, Agone, 2005.
- Epistémologie de la médecine**
- ARISTOTE, *Ethique à Nicomaque*, trad. Jules Tricot, Paris, Vrin, « Bibliothèque des textes philosophiques », 2007.
- ARISTOTE, *Métaphysique - Tome I, Livres A-Z*, trad. Jules Tricot, Paris, Vrin, 2000.
- BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris, Garnier-Flammarion, 1966.
- BERNARD Claude, *Principes de médecine expérimentale. Ou de l'expérimentation appliquée à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique (Écrits entre 1858 et 1877)*, Paris, Presses Universitaires de France, 1947. Edition électronique http://www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html
- BROADBENT Alex, « Prediction, Understanding, and Medicine », *Journal of Medicine and Philosophy : A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 2018; 43: 289–305.
- BUZZONI Marco, « On medicine as a human science », *Theoretical medicine* 2003;24:79-94.
- CABANIS Pierre-Jean Georges, *Du degré de certitude de la médecine*, Paris, Didot, 1798.
- CANGUILHEM Georges, « Thérapeutique, expérimentation, responsabilité » (1959), in : *Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant le vivant et la vie*, Paris, Vrin, 7e éd., 1994, p. 383-91.
- « Puissance et limites de la rationalité en médecine (1978), in *id.*, p.392-412.
- « Le statut épistémologique de la médecine » (1985), in *id.*, p. 413-28.
- DEW Kevin, « Modes of practices and models of science in medicine », *Health* 2001; 5:93-110.
- ENGEL George L, « The need for a new medical model: a challenge for biomedicine », *Science* 1977; 196:129-136.
- FAGOT-LARGEAULT Anne, *Leçon inaugurale, Chaire de philosophie des sciences biologiques et médicales du Collège de France*, Paris, Editions du Collège de France, 2001.
- FLEXNER Abraham, *Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* (1910) New York, NY, USA: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. https://archive.org/stream/medicaleducation00flexiala/medicaleducation00flexiala_djvu.txt.
- FOLSCHIED Dominique, « La médecine comme praxis : un impératif éthique fondamental », *Laval théologique et philosophique* 1996, 52 (2):499-509.
- FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1963.
- GAYON Jean, « Epistémologie de la médecine », in Dominique LECOURT (dir) *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2004, p.430-439.
- HOFMANN Bjorn, « Medicine as techne—a perspective from antiquity », *Journal of Medicine and Philosophy* 2003; 28(4): 403–425.
- HURWITZ Brian, « Narrative and the practice of medicine », *Lancet* 2000 ;356 :2086-9.
- JURDANT Baudouin, « La médecine « scientifique » serait-elle ruine de l'art ? À travers quelques récits autobiographiques de médecins et chirurgiens », *Sociétés & Représentations* 2009/2 ;28: 119-134.
- KHUSHF George, « A framework for understanding medical epistemologies », *Journal of Medicine and Philosophy* 2013;38:461-486.

Bibliographie thématique et sélective

- LEMOINE Maël, *Introduction à la philosophie des sciences médicales*, Paris, Hermann, 2017.
- LEWINSOHN Rachel, « Medical theories, science, and the practice of medicine », *Social science & medicine* 1998;46 :1261-70.
- LOMBARD Jean, « Aspects de la *technê* : l'art et le savoir dans l'éducation et dans le soin », *Le Portique* [En ligne], 2006-3, Soins et éducation (I), <http://leportique.revues.org/document876.html>.
- METZ Thaddeus, « Medicine without Cure?: A Cluster Analysis of the Nature of Medicine », *Journal of Medicine and Philosophy : A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 2018;43: 306–312.
- MUIR GRAY JA, « Priests or engineers? », *British Medical Journal* 1978; 2: 22-7.
- MUIR GRAY JA, « Post-modern medicine », *Lancet* 1999 ;354 :1550-3.
- OMELIANCHUK Adam, « Do you have a “Syndrome” if you have a flat-shaped head? », *Journal of Medicine and Philosophy : A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 2018;43:369-80.
- POIRIER Jacques, *La médecine est-elle un art ou une science ?*, Paris, Académie des sciences, 2004.
- RESWEBER Jean-Paul, « Le soin, affaire de *technê* et de tact », *Les Cahiers du Portique* 2003 ; n°1, Les gestes de soin : 85-103.
- ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, *Doctors in society - Medical professionalism in a changing world. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London*. London, Royal College of Physicians, 2005; <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/docinsoc/docinsoc.pdf>.
- SOLOMON Miriam, « Epistemological reflections on the art of medicine and narrative medicine », *Perspectives in biology and medicine* 2008;51(3):406-417.
- SQUIRES Geoffrey, « Modelling medicine », *Medical Education* 2002; 36(11): 1077–1082.
- TÖPFER Frank, WIESING Urban, « The medical theory of Richard Koch I : theory of science and ethics », *Medicine Health Care and Philosophy* 2005;8: 207-219.
- VICKERS AJ, BASCH E, KATTAN MW, « Against diagnosis », *Annals of Internal Medicine* 2008 ;149(3):200-3.
- WEBER Jean-Christophe, « Prendre soin de sa *technê* », *Le Coq Héron* 2011 ; 206 :33-47.

Evidence based medicine

- BARNES DE, BERO LA., « Why review articles on the health effects of passive smoking reach different conclusions », *Journal of American Medical Association* 1998 ;279(19):1566-70.
- BORGHI C, BACCHELLI S, DEGLI ESPOSTI D, AMBROSIONI E, « Survival of Myocardial Infarction Long-Term Evaluation Study. Effects of early angiotensin-converting enzyme inhibition in patients with non-ST-elevation acute anterior myocardial infarction », *American Heart Journal*, 2006 ;152(3):470-7.
- BERG Marc, « Turning a practice into a science : reconceptualizing postwar medical practice », *Social Studies of Science* 1995; 25 (3): 437-476.
- CARTWRIGHT Nancy, « A philosopher's view of the long road from RCTs to effectiveness », *Lancet* 2011;377:1400-1.
- CITROME Leslie, « Compelling or irrelevant? Using number needed to treat can help decide », *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2008;117: 412–9.
- CITROME Leslie, « Relative vs. absolute measures of benefit and risk: what's the difference? », *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2010 ;121:94-102.
- CLERO Jean-Pierre, « La décision médicale : la fin des décideurs ? », *Revue Française d'Ethique Appliquée* 2015 ; 1 :17-26.
- DRACUP K, BRYAN-BROWN CW, « Evidence-based Practice is wonderful...sort of », *American Journal of critical care* 2006;15:356-358.

Bibliographie thématique et sélective

- EVERY-PALMER Susanna, HOWICK Jeremy, « How evidence-based medicine is failing due to biased trials and selective publication », *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2014; 20:908-914.
- EVIDENCE BASED MEDICINE WORKING GROUP, « EBM: a new approach to teaching the practice of medicine », *JAMA* 1992; 268:2420-5.
- FOURRIER François, « Evidence-based medicine », in Dominique LECOURT (dir), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadriges », 2004, p.462-466.
- GADEAU Ludovic, « Evaluation des psychothérapies : réflexions épistémologiques », *Le journal des psychologues* 2006 ;242 : 56-61.
- GREENHALGH Trisha, « Narrative based medicine in an evidence based world », *British Medical Journal* 1999; 318(7179): 323–25.
- GREENHALGH Trisha, HOWICK Jeremy, MASKREY Neal, « Evidence based medicine: a movement in crisis? », *British Medical Journal* 2014; 348: g3725.
- HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. Etat des lieux*, avril 2013, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf.
- HENRY Stephen G, « Recognizing tacit knowledge in medical epistemology », *Theoretical medicine and bioethics* 2006; 27(3):187-213.
- IOANNIDIS JPA, « The mass production of redundant, misleading, and conflicted systematic reviews and meta-analyses », *Milbank Quarterly* 2016;94:485-514.
- LAU BD, HAUT ER, « Practices to prevent venous thromboembolism : a brief review », *BMJ Quality & Safety* 2014;23:187-95.
- LINKS Matthew, « The evidence-based medicine, analogies between reading of medical and religious texts », *British Medical Journal* 2006; 333:1068.
- MAJEED A, FERGUSON J, FIELD J, « Prescribing of beta-2 agonists and inhaled steroids in England: trends between 1992 and 1998, and association with material deprivation, chronic illness and asthma mortality rates », *Journal of public health medicine* 1999;21:395-400.
- MALTERUD K, « The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers », *Lancet*. 2001 ;358(9279):397-400.
- MARKS Harry, *La médecine des preuves, Histoire et anthropologie des essais cliniques 1900-1990*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 1999.
- MUIR GRAY JA, « Evidence-based, locally owned, patient-centred guideline development », *British Journal of Surgery* 1997; 84: 1636-1637.
- NORMAN GR, « Examining the assumptions of EBM », *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 1999;5(2): 139–147.
- OLSEN O, MIDDLETON P, EZZO J, GÖTZSCHE PC, HADHAZY V, HERXHEIMER A, et al., « Quality of Cochrane reviews: assessment of sample from 1998 », *British Medical Journal* 2001; 323 :829-32.
- PARKER Malcolm, « Whither our art ? Clinical wisdom and evidence-based medicine », *Medicine Health Care and Philosophy* 2002;5:273-280.
- RIVELINE Jean-Pierre, VARROUD-VIAL Michel, CHARPENTIER Guillaume, « Sulfonylurées et effets cardiovasculaires : de l'expérimentation à la clinique. Données disponibles chez l'homme et implications cliniques », *Sang Thrombose Vaisseaux* 2006 ; 18 (7) : 367-77.
- SACKET DL, ROSENBERG WM, GRAY JA, HAYNES RB, RICHARDSON WS, « Evidence-based medicine : what it is and what it isn't », *British Medical Journal* 1996; 312 : 71-2.
- SHAUGHNESSY AF, SLAWSON DC, BECKER L, « Clinical jazz: harmonizing clinical experience and evidence-based medicine », *The Journal of Family Practice* 1998 ;47(6):425-8.
- SWEENEY Kieran, KERNICK David, « Clinical evaluation : constructing a new model for post-normal medicine », *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2002;8(2):131-138.

Bibliographie thématique et sélective

- TELLINGS Agnes, « Evidence-based practice in the social sciences ? A scale of causality, interventions and possibilities for scientific proof », *Theory and psychology* 2017; 1-19.
- UPSHUR Ross EG, « If not evidence, then what? Or does medicine really need a base? », *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2002 ;8(2):113-9.
- Médecine personnalisée – Médecine centrée sur le patient – Rapport bénéfices/risques**
- CLERO Jean-Pierre, « Le calcul benthamien des plaisirs et des peines ; calcul introuvable ou seulement indéfiniment différé ? », *Archives de philosophie* 2015/2 ; 78 :229-258.
- COLLECTIF FORMINDEP, « Le *disease mongering* à l'heure de la médecine "personnalisée" », *Les tribunes de la santé* 2017 ;55 :37-44.
- CORNETTA Kenneth, BROWN Candy Gunther, « Perspective: balancing personalized medicine and personalized care », *Academic Medicine* 2013; 88: 309–13.
- COUCHOUD CG, BEUSCART JB, ALDIGIER JC, BRUNET PJ, MORANNE OP, « Development of a risk stratification algorithm to improve patient-centered care and decision making for incident elderly patients with end-stage renal disease », *Kidney International* 2015; 88:1178-86.
- DUAN L, MUKHERJEE EM, NARAYAN D, « Tailoring the treatment of melanoma: implications for personalized medicine », *Yale Journal of Biology and Medicine* 2015; 88:389-95.
- EMANUEL Ezekiel J, « Choice and representation in health care », *Medical Care Research Review* 1999; 56 (suppl 1): 113-40.
- FILLERON T, GILHODES J, DELORD JP, CABARROU B, « Analyse en sous-groupes et Forest Plot : limites et intérêts », *Bulletin du Cancer* 2017 ;104 :92-100.
- FINUCANE ML, ALHAKAMI A, SLOVIC P, JOHNSON SM, « The affect heuristic in judgments of risks and benefits », *Journal of behavioral decision making* 2000; 13 :1-17.
- GUCHET Xavier, « Le patient « actionnable » de la médecine personnalisée », *Socio-anthropologie* 2014 ;29 : 37-51.
- GUCHET Xavier, *La médecine personnalisée. Un essai philosophique*, Paris, Les Belles lettres, 2016.
- GUILBAUD Georges-Théodule, « Les théories de l'intérêt général et le problème logique de l'agrégation » (1952), *Revue Economique* 2012 ; 63 :659-720.
- JOHN SD, « How to take deontological concerns seriously in risk–cost–benefit analysis: a re-interpretation of the precautionary principle », *Journal of Medical Ethics* 2007;33:221–224.
- KARPIK Lucien, *L'économie des singularités*, Paris, Gallimard, « Bibliothèque des sciences humaines », 2007.
- KIRCHHOF P, SIPIDO KR, COWIE MR, ESCHENHAGEN T, FOX KAA, KATUS H, et al. « The continuum of personalized cardiovascular medicine : a position paper of the European Society of Cardiology », *European Heart Journal* 2014;35:3250-7.
- LAUNOIS R, « La prise en compte des préférences des patients dans les choix de santé individuels et collectifs », *Revue Epidémiologie et Santé Publique* 1994 ;42 :246-62.
- LEE S, HAN S, SHIM JH, KIM SY, WON HJ, SHIN YM et al., « A patient-based nomogram for predicting overall survival after radiofrequency ablation for hepatocellular carcinoma », *Journal of Vascular and Interventional Radiology* 2015;26:1787-94.
- LLOYD A, HAYES P, BELL PR, NAYLOR AR, « The role of risk and benefit perception in informed consent for surgery », *Medical Decision Making* 2001;21:141-9.
- LONDON Alex, « Reasonable risks in clinical research: a critique and a proposal for the integrative approach », *Statistics in Medicine* 2006; 25:2869–85.
- MEAD Nicolas, BROWER Peter, « Patient-centredness : a conceptual framework and review of the empirical literature », *Social Science and Medicine* 2000, 51 :1087-1110.
- NEGRINI S, BECQUEMONT L, « Pharmacogenetics of hypersensitivity drug reactions », *Thérapie* 2017;72(2):231-243.

Bibliographie thématique et sélective

- PETERSEN Alan, « The genetic conception of health: is it as radical as claimed? », *Health* 2006; 10; 481-500.
- SHIELDS A, LIP G, « Choosing the right drug to fit the patient when selecting oral anticoagulation for stroke prevention in atrial fibrillation », *Journal of Internal Medicine* 2015;278:1-18.
- SIMONDON Gilbert, *L'individuation à la lumière des notions de forme et d'information*, Grenoble, Millon, 2005.
- STURMBERG Joachim, TOPOLSKI Stefan, « For every complex problem, there is an answer that is clear, simple and wrong, and other aphorisms about medical statistical fallacies », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2014;20:1017-1025.
- SULLIVAN Mark, « The new subjective medicine : taking the patient's point of view on health care and health », *Social Science and Medicine* 2003 ;56 :1595-1604.
- TABUTEAU Didier, « La décision en santé », *Santé Publique* 2008/4 ; 20 : 297-312.
- TUTTON Richard, « Personalized medicine : futures present and past », *Social Science and Medicine* 2012;75:1721-8.
- URFALINO P, « L'autorisation de mise sur le marché du médicament : une décision administrative à la fois sanitaire et économique », *Revue Française des Affaires Sociales* 2001 ;4 : 85-90.
- VIRNO Paolo, *Grammaire de la multitude*, Paris, L'Eclat, 2002.
- VOGT Henrik, ULVESTAD Elling, ERIKSEN Thor Erik, GETZ Linn, « Getting personal: can systems medicine integrate scientific and humanistic conceptions of the patient? », *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2014;20:942-952.
- WEBER Jean-Christophe, « Présences et absences du sujet dans le discours et la pratique de la médecine actuelle », in J. Kinable, M. Legrand, J.-L. Brackelaire, L. Nshimirimana (dir), *Transhumances V, Actes du colloque de Cerisy : Résistances au sujet, résistances du sujet*, Namur, Presses Universitaires de Namur, 2004, p. 281-94.
- WEBER Jean-Christophe, « La dimension éthique du rapport bénéfices-risques », *ScienceLib - Intersection*, Editions Mersenne 2011;1:157-75.
- WEBER Jean-Christophe, « L'individualisation des soins : des modalités multiples », in PIERRON Jean-Philippe, VINOT Didier, CHELLE Elisa (dir), *Les valeurs du soin ; Enjeux éthiques, économiques et politiques*, Paris, Seli Arslan, 2018, p.43-55.
- WEIJER Charles, « The ethical analysis of risk », *Journal of Law, Medicine and Ethics* 2000 ; 28: 344-61.

EROTIQUE (VOIR AUSSI TRANSFERT)

- ALLOUCH Jean, *La psychanalyse : une érotologie de passage*, Paris, Epel, « Cahiers de l'Unebévue », 1998.
- ALLOUCH Jean, *L'amour Lacan*, Paris, Epel, 2009.
- ANNAS Julia, « Plato and Aristotle on Friendship and Altruism », *Mind* 1977; 86 (344): 532-54.
- APPELBAUM Paul S, JORGENSEN Linda M, SUTHERLAND Pamela K, « Sexual Relationships Between Physicians and Patients », *Archives of Internal Medicine* 1994;154(22):2561-5.
- ARROYO Christopher, « Kant on the emotion of love », *European Journal of Philosophy* 2016; 24 (3) : 580-606.
- BARTHES Roland, *Fragments d'un discours amoureux*, Paris, Seuil, « Tel Quel », 1977.
- BAKER Lorraine, « Sexual harassment by patients forces doctors to alter their practice », *British Medical Journal* 2014;348:118.
- BARTHES Roland, *Le Neutre, Cours au Collège de France (1977-1978)*, texte établi par Thomas CLERC, Paris, Seuil-Imec, 2002.
- BERSANI Leo, *Sexthétique*, Paris, Epel, « Les grands classiques de l'érotologie moderne », 2011.

Bibliographie thématique et sélective

- BLEAKLEY Alan, « A common body of care : the ethics and politics of teamwork in the operating theater are inseparable », *Journal of Medicine and Philosophy* 2006;30:305-322.
- BOBINEAU Olivier, « Qu'est-ce que l'agapē ? De l'exégèse à une synthèse anthropologique en passant par la théologie », *Revue du MAUSS* 2010/1 ; 35 :293-311.
- BOEHRINGER Sandra, « La sexualité a-t-elle un passé ? De l'erôs grec à la sexualité contemporaine : questions modernes au monde antique », *Recherches en psychanalyse* 2010/2 ;10 :189-201.
- BONAPARTE Marie, « De l'essentielle ambivalence d'Erôs », *Revue Française de Psychanalyse* 1948, 12 (1) :167-212.
- BRENOT Philippe, *Les médecins de l'amour*, Paris, Zulma, 1998.
- BRISSON Luc, « Introduction », in PLATON, *Le Banquet*, trad. Luc Brisson, Paris, Flammarion, 2007.
- BRUNI Luigino, « Erôs, Philia et Agapē. Pour une théorie de la réciprocité, plurielle et pluraliste », *Revue du MAUSS* 2010/1 ;35 : 389-413.
- CAILLE Alain, *Anthropologie du don. Le tiers paradigme*, Paris, Desclée de Brouwer, 2000.
- CHVETZOFF Roger, « Médecins, patients et leur relation amoureuse : Erôs contre Anterôs », *Médecine & Droit* 2017 :104-7.
- CITOT Vincent, GODO Pierre, « Entretien avec Jean-Luc Marion », *Le Philosophoire* 2000/1 ;11 : 5-22.
- CITOT Vincent, « Origine, structure et horizon de l'amour », *Le Philosophoire* 2000/1 ;11 : 23-71.
- COHEN Alix, « Le rôle des sentiments moraux dans l'éthique kantienne : le complément nécessaire à la raison pratique », in : Sophie GRAPOTTE, Margit RUFFING, Ricardo TERRA (dir), *Kant - La raison pratique, concepts et héritages*, Paris, Vrin, 2015.
- COHEN Claudio, L'ABBATE KELIAN Rogério, AYER OLIVEIRA Reinaldo, GOBBETTI Gisele Joana, MASSAD Eduardo, « Sexual harassment in the physician-patient interaction: analysis of charges against doctors in the State of São Paulo », *Clinics (Sao Paulo)* 2009 ; 64(11): 1075-1083.
- COLLIER Roger, « When the doctor-patient relationship turns sexual », *Canadian Medical Association Journal* 2016; 188(4): 247-49.
- COMMITTEE ON ETHICS, « Sexual misconduct », *Obstetrics and Gynecology* 2007, 110(2):441-444.
- COMTE-SPONVILLE André, *Petit traité des grandes vertus*, Paris, Presses Universitaires de France, « Perspectives critiques », 1995.
- COUNCIL ON ETHICAL AND JUDICIAL AFFAIRS, American Medical Association, « Sexual Misconduct in the Practice of Medicine », *JAMA* 1991;266:2741-5.
- DAMET Aurélie, « Le sein et le couteau. L'ambiguïté de l'amour maternel dans l'Athènes classique », *Clio. Femmes, Genre, Histoire* [En ligne], 34 | 2011, mis en ligne le 31 décembre 2013.
- D'AQUIN Thomas, *Somme théologique*, (1269-1272), trad. dominicaine, en ligne : docteurangelique.free.fr/saint_thomas_d_aquin/oeuvres_completes.html.
- DE OLIVEIRA GOMES Claudia, « Le contraire de la *philia*. Le tyran et l'Erôs », *Parlement[s], Revue d'histoire politique* 2016/3 ; HS 11 : 21-32.
- DESCHODT Gaëlle, « La pudeur, un bilan », *Hypothèses* 2010/1 ; 13 : 95-105.
- DI MARZIO Françoise, « Le combat d'Hybris et d'Agapē », *Revue du MAUSS* 2010/1 ; 35 :415-21.
- DI STEFANO Vincent, « Of love and medicine », *Journal of the New Zealand Association of Medical Herbalists* 2011; 11 (1): 8-9.
- DORION Louis-André, « Socrate et l'utilité de l'amitié », *Revue du MAUSS* 2006/1 ; 27 : 269-88.
- ELIAS Norbert, *La civilisation des mœurs* [1939], Paris, Calmann-Lévy, « Agora /Pocket », 1973.
- ELKOUBY Laure, « Etre le patient de son proche médecin : motivations et freins », Thèse de doctorat en médecine, Strasbourg 2016-36.
- ESTIVAL Cécile, « Incidences de l'imagerie médicale sur la pudeur dans la relation patients-soignants », *Histoire, médecine et santé* 2012/1 : 77-91.

Bibliographie thématique et sélective

- FALQUE Emmanuel, « Expérience et empathie chez Bernard de Clairvaux », *Revue des sciences philosophiques et théologiques* 2005 ;89(4) : 655-96.
- FEHER Michel, « Les laboratoires de l'amour. Le dilemme de l'éraсте », *Vacarme* 2004/4 ; 29 :110-7.
- FIAT Eric « Pudeur et intimité », *Gérontologie et société* 2007/3 ;122 :23-40.
- FOUCAULT Michel, « La loi de la pudeur » (1979), in : *Dits et écrits II. 1976-1988*, Paris, Gallimard, « Quarto », 2001, texte n° 263, p.763-777.
- FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité, tome II, L'usage des plaisirs*, Paris, Gallimard, « Tel », 1984.
- FREUD Sigmund, « La sexualité dans l'étiologie des névroses » (1898), *Œuvres complètes vol. III*, Paris, Presses Universitaires de France, 2005.
- FROMM Erich, *L'art d'aimer* (1956), Paris, Belfond, 2015.
- GALLAGHER Ann, WATSON Fraje, FITZPATRICK Noel, « Love as a core value in veterinary and medical practice: Towards a humanimal clinical ethics? », *Clinical Ethics* 2018;13(1): 1-8.
- GODEAU Emmanuelle, « Les fresques de salle de garde », *Sociétés & Représentations* 2009 ; 28 (2) : 13-30.
- GOODSPEED R, « What if...a patient makes a sexual advance toward you ? », *The Journal of Ambulatory Care Management* 2010; 33(1):89-90.
- GOULDNER Alvin W, « Pourquoi donner quelque chose contre rien ? », *Revue du MAUSS* 2008/2 ; 32 : 65-86.
- GRELLARD Christophe, « Dieu, les autres et moi : La hiérarchie des dilections à la fin du Moyen Âge », *Médiévales* [En ligne], 63 | automne 2012, mis en ligne le 15 janvier 2015, consulté le 02 octobre 2016.
- GROLLEAU Frédéric, « L'amour est-il raisonnable ? », *Le Philosophoire* 2000/1 ;11 : 73-84.
- GROS Frédéric, « Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin », *Recherche en soins infirmiers* 2007/2 ; 89 : 15-20.
- GUERIN Anne, CACHARD Claudie (dir), *Manuel poétique et pratique à l'usage des soignants et autres curieux*, Paris, Presses Universitaires de France, « Questions de soin », 2013.
- HALPERIN David M, *Amour et ironie. Six remarques sur l'erôs platonicien*, trad. Isabelle Chatelet, Paris, L'Unebévue éditeur, « Cahiers de l'Unebévue », 2005.
- HALPERIN David M, *Platon et la réciprocité érotique*, trad. Guy Le Gaufey, George-Henri Melenotte, Paris, Epel, « Cahiers de l'Unebévue », 2000.
- HANAFI Nahema, « Pudeurs des souffrants et pudeurs médicales », *Histoire, médecine et santé* 2012 ;1 : 9-18.
- HERITIER Françoise, *Le sel de la vie. Lettre à un ami*, Paris, Odile Jacob, 2012.
- HEYER René, « L'impossible commandement de l'amour. À propos de l'encyclique Deus caritas est », *Revue d'éthique et de théologie morale* 2006/3 ; 240 : 35-45.
- HOERNI Bernard, « Pratique médicale et sexualité », Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins décembre 2000, Paris, Conseil national de l'Ordre des médecins; 2000.
- JANKELEVITCH Vladimir, *les vertus et l'amour. Traité des vertus II*, Paris, Flammarion, « Champs essais », 1986.
- JONES Chris, « Dating patients », *British Medical Journal* 2006;333:1272.
- JULIEN GRESIN Valérie, « Une part perdue pour le soin ? », in PIERRON Jean-Philippe, VINOT Didier, CHELLE Elisa, *Les valeurs du soin ; Enjeux éthiques, économiques et politiques*, Paris, Seli Arslan, 2018, p.125-134.
- KANT Emmanuel, *Métaphysique des mœurs II ; Doctrine du droit, doctrine de la vertu* (1797), trad. Alain Renaut, Paris, GF Flammarion, 1994. *Métaphysique des mœurs, IIe partie : Doctrine de la vertu* (1797), trad. A. Philonenko, Paris, Vrin, 2002.

Bibliographie thématique et sélective

- KHAYAT David, *De Larmes et de sang*, Paris, Odile Jacob, 2013.
- KRONMAN Anthony T, « Aristotle's Idea of Political Fraternity », *American Journal of Jurisprudence* 1979; 24: 114-38.
- KURPAD SS, MACHADO T, GALGARI RB, « Is there an elephant in the room ? Boundary violations in the doctor-patient relationship in India », *Indian Journal of Medical Ethics* 2010; 7 (2): 76-81.
- LACAN Jacques, « Du « Trieb » de Freud et du désir du psychanalyste » (1964), *Ecrits*, Paris, Seuil, 1966, p.851-4.
- LACAN Jacques, « Conférence à Bruxelles sur l'éthique de la psychanalyse » (1963), *Psychoanalyse* 1986 ; 4 : 163-87. Texte republié sous le titre de « Discours aux catholiques », in *Le triomphe de la religion, précédé de Discours aux catholiques*, Paris, Seuil, « Champ Freudien », 2005, p.13-65.
- LAIN ENTRALGO Pedro, *Le médecin et le malade*, Paris, Hachette, « L'univers des connaissances », 1969.
- LEFEVE Céline, « La relation de soin doit-elle être une relation d'amitié ? », in BENAROYO Lazare, LEFEVE Céline, MINO Jean-Christophe, WORMS Frédéric (dir), *La philosophie du soin*, Presses Universitaires de France, Paris, 2010, p.107-126.
- LIPOVETSKY Gilles, *Plaire et toucher ; essai sur la société de séduction*, Paris, Gallimard, 2017.
- LOSSIGNOL Dominique, « Une réflexion sur l'amour, la médecine et l'euthanasie : Je connais ce que j'aime et j'aime ce que je connais, mais est-ce bien vrai ? », *Revue de Médecine de Bruxelles* 2010 ; 31 : 5-13.
- NYGREN Anders, « Erôs et agapê », *Revue du MAUSS* 2008/2 ;32 :165-72.
- NYS Thomas, « Autonomy, Trust, and Respect », *Journal of Medicine and Philosophy* 2016; 41: 10–24.
- MARION Jean-Luc, *Le phénomène érotique*, Paris, Grasset, 2003.
- MARION Jean-Luc, « La raison du don », *Philosophie* 2003/3 ;78 : 3-32.
- MARION Jean-Luc, DEVILLAIRS Laurence, « Le phénomène érotique », *Études* 2003/11 ;399 : 483-94.
- MARTIN DU GARD Roger, « La consultation », *Les Thibault II*, Paris, Gallimard, « Folio », 1955.
- MCEVOY James, « Amitié, attirance et amour chez S. Thomas d'Aquin », *Revue Philosophique de Louvain* 1993 ; 91 : 383-408.
- PEREZ Susanna, GELPI Ricardo, RANCICH Ana Maria, « Doctor–patient sexual relationships in medical oaths », *Journal of Medical Ethics* 2006;32:702–705.
- PEROLI Enrico, « Le bien de l'autre. Le rôle de la Philia dans l'éthique d'Aristote », *Revue d'éthique et de théologie morale* 2006/4 ;242 : 9-46.
- PERRIER François, « Séminaire sur l'amour », *La chaussée d'Antin*, Paris, Bibliothèque Albin Michel, p.351 sq.
- PERRIN Christophe, « Egalité et réciprocité : les clés de la philia aristotélicienne », *Le Philosophoire* 2007/2 ; 29 : 259-80.
- PESCHERS Ursula M, DU MONT Janice, JUNDT Katharina, PFÜRTNER Mona, DUGAN Elizabeth, KINDERMANN Günther, « Prevalence of sexual abuse among women seeking gynecologic care in Germany », *Obstetrics and Gynecology* 2003, 101 (1), 103-108.
- PLATON, *Le Banquet*, trad. Luc Brisson, Paris, GF Flammarion, 2007 ; trad. Paul Vicaire, Paris, Les Belles Lettres, « Libro », 1992.
- PLATON, *Phèdre*, trad. Luc Brisson, Paris, GF-Flammarion, 1995.
- PLATON, « Lysis », trad. Emile Chambry, *Premiers dialogues*, Paris, GF Flammarion, 1967.
- POUGNET Richard, POUGET L, « Apports de l'amitié aristotélicienne pour l'éthique de la relation entre internes et médecins séniors », *Ethique et Santé* 2017 ; 14 : 225-230.
- PULCINI Elena, « Donner le care », *Revue du MAUSS* 2012/1 ;39 :49-66.
- REVERZY Jean, « Le passage » (1954), *Oeuvres complètes*, Paris, Flammarion, 2002, p.27-172.
- RÖMER Thomas, « L'amitié selon la Bible hébraïque », *Transversalités* 2010/1 ;113 :31-45.

Bibliographie thématique et sélective

- SEDAT Jacques, « Amitié antique, amitié moderne : un changement de paradigme ? », *Études* 2011/11 ;415 : 483-93.
- SERE Bénédicte, « De la vérité en amitié. Une phénoménologie médiévale du sentiment dans les commentaires de l'Éthique à Nicomaque (XIIIe-XVe siècle) », *Revue historique* 2005/4 ; 636 : 793-820.
- SEY Marie, *Le malaise d'Hippocrate. Témoignage d'une femme de lettres atteinte de la SLA*, Paris, Les Editions Chapitre.com, 2016.
- SHEATHER Julian, « Sexual relationships between doctors and former patients », *British Medical Journal* 2006;333:1132.
- SKIPPER GE, SCHENTHAL S, « Sexual misconduct by professionals : a new paradigm of understanding », *Missouri Medicine* 2012 ; 109(3):184-6.
- SMYRNELIS Marie-Carmen, « Amitiés, des sciences sociales aux réseaux sociaux de l'internet », *Transversalités* 2010/1 ;113 : 7-30.
- STEIN Conrad, « À propos de l'amour de transfert. Revendication érotique génitale, détresse d'enfant », *Imaginaire & Inconscient* 2001/2 ; 2 : 71-7.
- STONESTREET Erica Lucas, « Love as a Regulative Ideal in Surrogate Decision Making », *Journal of Medicine and Philosophy* 2014; 39: 523–542.
- THIVEL Antoine, « Eryximaque et le principe des contraires », *Estudios griegos e indoeuropeos* 2004 ; 14 : 35-44.
- VUILLOT Alain, « Amour et totalité dans l'éthique de Spinoza », *Le Philosophoire* 2000/1 ;11 : 157-68.

Therapôn

- BOLENS Guillemette, *La logique du corps articulaire : Les articulations du corps humain dans la littérature occidentale*, Nouvelle édition [en ligne], Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2000. URL : <<http://books.openedition.org/pur/11341>>.
- CACCAMO Joseph, « Le mythe d'Aphrodite », *Cahiers de Gestalt-thérapie* 2011/2 ;28 :27-38.
- DAVOINE Françoise, GAUDILLIERE Jean-Max, *Histoire et trauma, la folie des guerres*, Paris; Stock, 2006.
- DAVOINE Françoise, *Don Quichotte, pour combattre la mélancolie*, Paris, Stock, 2008.
- DAVOINE Françoise, *La folie Wittgenstein*, Paris, Le Croquant, 2012.
- DINGREMONT François, « Du pouvoir de la musique et de son détournement dans la tradition homérique », in Philippe GONIN et Philippe POIRRIER (dir), *Musique, Pouvoirs, Politiques, Territoires contemporains - nouvelle série* [en ligne] 2016 ; 6. URL: <http://tristan.u-bourgogne.fr/CGC/prodscientifique/TC.html>.
- FENNETAUX Michel, *Et dès lors ma guerre commença*, Paris, Editions Verticales, 1997.
- GUERIN Anne, CACHARD Claudie (dir), *Manuel poétique et pratique à l'usage des soignants et autres curieux*, Paris, Presses Universitaires de France, « Questions de soin », 2013.
- HESIODE, *Théogonie*, trad. E. Bergougnan, Paris, Librairie Garnier.
- HOMERE, *Iliade, Odyssée*, Paris, Gallimard, « Pléiade », 1953.
- LAUFER Laurie, « L'informe et le transfert », *Recherches en psychanalyse* 2005/1 ;3 : 85-96.
- LAUXEROIS Jean, *La beauté des mortels: Essai sur le monde grec à l'usage des hommes d'aujourd'hui*, Paris, Desclée De Brouwer, 2011.
- MONDZAIN Marie-José, « Le therapôn, rappel d'une histoire, défense d'une fonction », in Patrick CHEMLA (dir), *La fabrique du soin*, Ramonville Ste Agnès, Eres, « Santé mentale », 2012, p. 151-163.
- NAGY Gregory, *The best of the Acheans*, http://nrs.harvard.edu/urn-3:hul.ebook:CHS_NagyG.The_Best_of_the_Achaeans.1999

Bibliographie thématique et sélective

- NAGY Gregory, *The ancient greek heroes in 24 hours - Heroes in epic and lyric poetry*, Harvard University Press, 2013.
- NDOYE Malick, *Groupes sociaux et idéologie du travail dans les mondes homériques et hésiodique*, Besançon, Institut des Sciences et Techniques de l'Antiquité, 2010.
- O'DWYER DE MACEDO Heitor, *Lettres à une jeune psychanalyste*, Paris, Stock, 2008.
- VAN BROCK Nadia, « Substitution rituelle », *Revue Hittite et Asianique* 1959 ; 65: 117- 46.
- SIBONY-MALPERTUS Yaelle, *Une liaison philosophique : du thérapeutique entre Descartes et la princesse Elisabeth de Bohême*, Paris, Stock, 2012.
- SHAY Jonathan, *Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character*, New York, Touchstone/Simon & Schuster, 1995.

ESTHÉTIQUE

- BAUMGARTEN Alexander Gottlieb, *Æsthetica*, Hildesheim, Oms, 1970.
- BLEAKLEY Alan, MARSHALL Robert, BRÖMER Rainer, « Toward an aesthetic medicine : developing a core medical humanities undergraduate curriculum », *Journal of Medical Humanities* 2006; 27: 197-213.
- CITOT Vincent, « Illusions et exigences du jugement esthétique », *Le Philosophoïre* 2012/2 ;38 : 77-93.
- CONSTANTOPOULOS Michel, « Le souci de soi de Michel Foucault ou comment faire de sa vie une œuvre », *Che vuoi*, 2003/1 ; 19 : 203-17.
- COWAN Robert, « Perceptual intuitionism », *Philosophy and Phenomenological Research* 2015;90 (1): 164-193.
- DELEUZE Gilles, *Empirisme et subjectivité* (1953), Paris, Presses Universitaires de France, « Epiméthée », 8^e éd, 2010.
- DELEUZE Gilles, *Différence et répétition*, Paris, Presses Universitaires de France, « Epiméthée », 12^e éd, 2015.
- DEWEY John, *L'art comme expérience*, Paris, Gallimard, « Folio essais », 2010.
- DUPIN Frédéric, « Editorial », *Le Philosophoïre* 2012/2 ; 38 :5-9.
- ESMEIN Bernard, « Beauté et Différenciation », *Le Philosophoïre* 2012/2 ; 38 : 43-76.
- FROIDEVAUX-METTERIE Camille, « La beauté féminine, un projet de coïncidence à soi », *Le Philosophoïre* 2012/2 ; 38 : 119-30.
- GIBSON James J, GIBSON Eleanor J, « Perceptual learning : differentiation or enrichment? », *Psychological Review* 1955;62(1):32-41.
- GOFFIN Kris, « The affective experience of aesthetic properties », *Pacific Philosophical Quarterly* 2018; Online Version of Record, doi : 10.1111/papq.12245.
- GOODMAN Nelson, *Manières de faire des mondes* (1978), trad. Marie-Dominique Popelard, Paris, Gallimard, « Folio essais », 2006.
- GORER Geoffrey, « Pornographie de la mort », in *Ni pleurs ni couronnes*, trad. Hélène Allouch, Paris, Epel, 1995, p.18-26.
- GROSSMAN Evelyne, *Eloge de l'hypersensible*, Paris, Minuit, 2017.
- HEGEL Georg Wilhelm Friedrich, *Esthétique, I, Introduction* (1835), trad. S. Jankélévitch, Paris, Aubier, 1979, rééd. « Champs », 1996.
- KANT Emmanuel, *Critique de la faculté de juger* (1790), trad. Alexis Philonenko, Paris, Vrin, 1984 ; trad. Alain Renaut, Paris, GF - Flammarion, 1995.
- KHUSHF George, « The aesthetics of clinical judgment : exploring the link between diagnostic elegance and effective resource utilization », *Medicine Health Care and Philosophy* 1999; 2:141-59.
- KLOTZ Francis, « Acquérir de la sensibilité », *Le Concours Médical* 1998;120:229.

Bibliographie thématique et sélective

- KORFF-SAUSSE Simone, « Ils ne sont pas beaux... Le devenir psychique de la laideur », *Champ psy* 2002/2 ; 26 : 81-104.
- MAISONNEUVE Jean, « D'un art problématique au risque de la beauté », *Revue internationale de psychosociologie* 2002/18 ; VIII : 87-100.
- NORTVEDT Per, « Sensibility and clinical understanding », *Medicine Health Care and Philosophy* 2008; 11:209–219.
- OBADIA Claude, « Les beautés de Platon », *Le Philosophoire* 2013/1 ; 39 : 231-9.
- POIZAT Jean-Claude, « Entretien avec Marc Jimenez », *Le Philosophoire* 2012/2 ; 38 : 11-41.
- POUVET Roger, *Le réalisme esthétique*, Paris, Presses Universitaires de France, 2006.
- RADMAN Zdravko, DELBAERE-GARANT Jeanne (trad.), « Corps, cerveau et beauté la place de l'esthétique dans le domaine de l'esprit », *Diogène* 2011/1 ; 233-234 : 58-73.
- ROUX Marie-Lise, « La beauté de l'interprétation », *Revue française de psychanalyse* 2003/2 ; 67 : 527-35.
- VON UEXKÜLL Jakob, *Milieu animal et milieu humain*, (1956), trad. Charles Martin-Freville, Paris, Payot, « Bibliothèque Rivages », 2010.
- WEBER Jean-Christophe, « La créativité dans la pratique médicale », in N. DELFORGE, M. DORRIES (dir), *Limites de la créativité. Normes, sciences, arts*, Paris, Kimé, 2016, p. 103-126.
- WITTGENSTEIN Ludwig, « Leçons sur l'Esthétique », in *Leçons et conversations*, Paris, Gallimard, « Folio », 1992, p. 15-78.
- WITTGENSTEIN Ludwig, *Remarques sur la philosophie de la psychologie, volume I*, trad. Gérard GRANEL, Mauvezin, T.E.R., 1989.

Art, Artisanat

- BUOB Baptiste, « De l'adresse. Remarques sur l'esthétique des gestes du luthier », *Gradhiva* [En ligne], 2013 ; 17. URL : <http://gradhiva.revues.org/2610>.
- DELFORGE Nicolas, DÖRRIES Matthias (dir), *Limites de la créativité ; Normes, sciences et arts*, Paris, Kimé, 2016.
- DEWEY John, *L'art comme expérience*, Paris, Gallimard, « Folio essais », 2010.
- LEROI-GOURHAN André, *Le geste et la parole, II. La mémoire et les rythmes*, Paris, Albin Michel, 1965.
- MASSIPE Alexandre, « La beauté du travail ouvrier chez Simone Weil », *Le Philosophoire* 2010/2 ; 34 : 80-92.
- MENGER Pierre-Michel, *La différence, la concurrence et la disproportion : Leçon inaugurale prononcée le jeudi 9 janvier 2014*, Nouvelle édition [en ligne], Paris, Collège de France, 2014, URL : <http://books.openedition.org/cdf/3611>.
- SENNETT Richard, *Ce que sait la main. La culture de l'artisanat*, trad Pierre-Emmanuel DAUZAT (2008 *The Craftsman*, Yale University Press), Paris, Albin Michel, 2010.
- ZARCA Bernard, *Les artisans. Gens de métier, gens de parole*, Paris, L'Harmattan, « Logiques sociales », 1987.

ETHIQUE

Ethique générale – Philosophie morale

- ANSCOMBE Gertrud Elizabeth M, « Modern moral philosophy », *Philosophy* 1958 ;33 (24) ; 1-19; « La philosophie morale moderne », trad. Geneviève Ginvert et Patrick Ducray, *Klesis, revue philosophique* 2008;9: 9-31.
- ARENDT Hannah, « Questions de philosophie morale », in : *Responsabilité et jugement*, Paris, Payot et Rivages, « Petite Bibliothèque », 2009.

Bibliographie thématique et sélective

- ARISTOTE, *Ethique à Nicomaque*, trad. Richard Bodéüs, Paris, Garnier-Flammarion, 2004 ; trad. Jules Tricot, Paris, Vrin, « Bibliothèque des textes philosophiques », 2007.
- BADIOU Alain, *L'éthique ; essai sur la conscience du mal*, Paris, Hatier, 1998.
- BAERTSCHI Bernard, « La place du normatif en morale », *Philosophiques* 2001 ; 28(1) : 69–86.
- CANTO-SPERBER Monique (dir), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale* (1996), 2 tomes, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 4e éd., 2004.
- DESCOMBES Vincent, « De la mort du fondement à la philosophie de l'action, entretien avec V. Descombes », *Le Banquet*, 1993 ; 2(3). <http://www.revue-lebanquet.com/?p=1704>.
- HALPERIN David, « Out of Australia », *L'Unebêvue* 2001 ; 18 (Il n'y a pas de rapport sexuel ; Centenaire de Jacques Lacan. Actes du Colloque des 5 et 6 mai 2001. Cité des Sciences, Paris): 94-109.
- HUTCHESON Francis, *Recherche sur l'origine de nos idées de beauté et de vertu (1725)*, trad. A.-D. Balmès, I et VI, Paris, Vrin, 1991.
- KANT Emmanuel, *Fondement de la métaphysique des mœurs (1785)*, trad. Victor Delbos, Paris, Delagrave, 1977.
- KANT Emmanuel, *Métaphysique des mœurs I ; Fondation, Introduction, (1785- 1797)*, trad. Alain Renaut, Paris, GF Flammarion, 1994.
- KANT Emmanuel, *Métaphysique des mœurs II ; Doctrine du droit, doctrine de la vertu (1797)*, trad. Alain Renaut, Paris, GF Flammarion, 1994. *Métaphysique des mœurs, IIe partie : Doctrine de la vertu (1797)*, trad. A. Philonenko, Paris, Vrin, 2002.
- KANT Emmanuel, *Anthropologie du point de vue pragmatique (1798)*, trad. Alain Renaut, Paris, GF-Flammarion, 1993.
- KEULARZ J, SCHERMER M, KORTHALS M, SWIERSTRA T, « Ethics in technological culture : a programmatic proposal for a pragmatic approach », *Science, Technology & Human Values* 2004; 29 (1):3-29.
- LAROCHELLE Gilbert, ORTE Jesus Jimenez, « Savoir et croyances : l'éthique contemporaine dans les pratiques de légitimation », *Cités* 2005 ;21 : 167-85.
- LAUGIER Sandra, « Pourquoi des théories morales ? L'ordinaire contre la norme », *Cités* 2001/1 ; 5 : 93-112.
- LAUGIER Sandra, « L'éthique comme politique de l'ordinaire », *Multitudes* 2009/2 ; 37-38 : 80-8.
- LEVINAS Emmanuel, *Ethique et infini, Dialogues avec Philippe Nemo*, Paris, Livre de Poche, « Biblio essais », 1982.
- LEVINAS Emmanuel, *Entre nous. Essais sur le penser-à-l'autre*, Paris, LGF/ Livre de Poche, 2004.
- LEVINAS Emmanuel, *Totalité et infini*, Paris, LGF/Livre de Poche, 2006.
- LEVINAS Emmanuel, *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, Paris, LGF/ Livre de poche, 2011.
- LEVINAS Emmanuel, *Altérité et transcendance*, Montpellier, Fata Morgana, « Essais », 1995. Réédition LGF/Livre de poche, 2006.
- METAYER Michel, *La philosophie éthique ; enjeux et débats actuels*, Québec, Éditions du Renouveau Pédagogique, 1997.
- MILL John Stuart, *L'utilitarisme. Essai sur Bentham*, Paris, Presses Universitaires de France, 2012.
- NIETZSCHE Friedrich, *Contribution à la généalogie de la morale*, Paris, Christian Bourgois, « 10/18 », 1974.
- NUSSBAUM Martha C, *Fragility of Goodness*, Cambridge, Cambridge University Press, 1986. *La fragilité du bien, fortune et éthique dans la tragédie et la philosophie grecques*, Paris, L'Eclat, 2016.
- O'NEILL Onora, « Applied ethics: naturalism, normativity and public policy », *Journal of Applied Philosophy* 2009; 26 (3):219-230.

Bibliographie thématique et sélective

- PELLUCHON Corinne, *L'autonomie brisée. Bioéthique et philosophie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2008.
- PUTNAM Hilary, *Fait / valeur : la fin d'un dogme et autres essais*, Paris, L'Éclat, 2004.
- RAWLS John, *La justice comme équité. Une reformulation de Théorie de la justice*, Paris, La Découverte, 2003.
- RICOEUR Paul, *Anthropologie philosophique ; essais et conférences 3*, Paris, Seuil, « La couleur des idées », 2013.
- RORTY Richard, « Entre Kant et Dewey : la situation actuelle de la philosophie morale », *Revue internationale de philosophie* 2008/3 ; 245 : 235-256.
- ROUSSEAU Jean-Jacques, « Discours sur l'origine de l'inégalité parmi les hommes », Ière Partie, *Œuvres complètes III*, Paris, Gallimard, « Pléiade », 1964.
- ROUSSEAU Jean-Jacques, *Emile ou de l'éducation*, édition en ligne www.rousseauonline.ch.
- SCHOPENHAUER Arthur, *Le fondement de la morale*, trad. Auguste Burdeau, Paris, LGF/Le livre de poche, 1991.
- VANNI Michel, *L'impatience des réponses. L'éthique d'Emmanuel Levinas au risque de son inscription pratique*, Paris, CNRS éditions, 2004.
- WEIL Simone, *L'enracinement, Prélude à une déclaration des devoirs envers l'être humain* (1949), Paris, Gallimard, « Idées », 1949. Version numérique http://www.uqac.ca/Classiques_des_sciences_sociales/
- WITTGENSTEIN Ludwig, « Conférence sur l'éthique », in *Leçons et conversations*, Paris, Gallimard, « Folio », 1992, p. 142-155.

Ethique médicale et bioéthique (voir aussi Soins)

- ANRS, « Charte d'éthique de la recherche dans les pays en développement », *Journal International de Bioéthique* 2003 ; 14, n° 1-2, 129-136.
- BARILAN Y. Michael, « Towards a dialogue between utilitarianism and medicine », *Medicine, Health Care and Philosophy* 2004; 7: 163-173.
- BAKER Robert, « In defense of bioethics », *Journal of Law, Medicine and Ethics* 2009; 37 (1): 83-92.
- BRACANOVIC Tomislav, « Respect for cultural diversity in bioethics. Empirical, conceptual and normative constraints », *Medicine, Health Care and Philosophy* 2011; 14: 229-236.
- BEAUCHAMP Tom L, CHILDRESS James F, *Les principes de l'éthique biomédicale*, Paris, Les Belles Lettres, 2008.
- BELMONT Report, *Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*, http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/10191/186011/Rapport_Belmont_1974.pdf/511806ff-69c4-4520-a8f8-7d7f432a47ff.
- BENAROYO Lazare, « Chapitre 1. Peut-on accepter les progrès en sciences biomédicales sans progrès en éthique ? », *Journal International de Bioéthique* 2013/2 ; 24 : 21-42.
- BRAUNSTEIN Jean-François, « Bioéthique ou philosophie de la médecine ? », *Revue de métaphysique et de morale* 2014/2 ; 82 : 239-56.
- BRUNSWIC Henri, PIERSON Michel (dir), *Initiation à l'éthique médicale*, préf. Jean-François Mattéi, Paris, Vuibert, 2002.
- CALLAHAN D, « Principlism and communitarianism », *Journal of Medical Ethics* 2003; 29: 287-291.
- CAMPBELL AV, « The virtues (and vices) of the four principles », *Journal of Medical Ethics* 2003; 29: 292-296.
- CAVERNI Jean-Paul, GORI Roland (dir), *Le consentement. Droit nouveau du patient ou imposture ?*, Paris, In Press Editions, 2005.
- CAYLA Olivier, « Le droit de se plaindre », in : CAYLA Olivier, THOMAS Yan, *Du droit de ne pas naître ; à propos de l'affaire Perruche*, Paris, Gallimard, « Le Débat », 2002, p. 47 sq.

Bibliographie thématique et sélective

- CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE. Avril 2017. <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
- DESCAMPS Philippe, « Misères du débat institutionnel : l'exemple du clonage reproductif humain et de son traitement éthique par le CCNE », *Revue de Métaphysique et de Morale*, 2010 / 3 ;67 : 211-23.
- DEVETTERE Raymond J, « Clinical ethics and happiness », *Journal of Medicine and Philosophy* 1993; 18 (1): 71–89.
- ENGELHARDT JR H. Tristram, *The Foundations of Bioethics*, New-York, Oxford University Press, 2e éd., 1996.
- FINKLER Kaja, « Can bioethics be global and local, or must it be both? », *Journal of Contemporary Ethnography* 2008; 37; 155-179.
- GILLON Ranaan, « Ethics needs principles—four can encompass the rest—and respect for autonomy should be “first among equals” », *Journal of Medical Ethics* 2003;29:307-312.
- HARRIS J, « In praise of unprincipled ethics », *Journal of Medical Ethics* 2003;29:303-306.
- HIPPOCRATE DE COS, « De la bienséance », *Œuvres complètes*, vol. 9, trad. Emile Littré, Paris, J.-B. Baillière, 1861, p.226-245.
- HIRSCH Emmanuel, *Médecine et éthique. Le devoir d'humanité*, Paris, Cerf, 1990.
- HIRSCH Emmanuel, « Éthique de la recherche et bonnes pratiques professionnelles, apports et limites de la loi du 9 août 2004 », *Santé publique* 2004/4 ; 44 : 713-8.
- HOTTOIS Gilbert, *Essais de philosophie bioéthique et biopolitique*, Paris, Vrin, 1999.
- KUHAR Michael J, « Collegial Ethics: What, Why and How », *Drug Alcohol Depend* 2011; 119(3): 235–8.
- LE BLANC Guillaume, « Archéologie de la bioéthique », *Revue de métaphysique et de morale* 2014/2 ; 82 : 223-237.
- LECOURT Dominique, « Personne », in : Dominique LECOURT (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2004, p. 857-859.
- LEVINAS Emmanuel, « L'éthique est transcendance – Entretien avec E Hirsch », in HIRSCH Emmanuel, *Médecine et éthique. Le devoir d'humanité*, Paris, Cerf, 1990, p. 40-45.
- LEVINAS Emmanuel, « Une éthique de la souffrance », *Autrement*, série « Mutations », 1994 ; 42 : 133-5.
- LINDEMANN Hilde, VERKERK Marian, URBAN WALKER Margaret (dir), *Naturalized bioethics toward responsible knowing and practice*, Cambridge, Cambridge University Press, 2008.
- LIOTTA David, « Deux dévalorisations récentes du consentement », in : Caverni Jean-Paul et Gori Roland (dir.), *Le consentement. Droit nouveau du patient ou imposture ?*, Paris, In Press Editions, 2005, p. 71-83.
- LIVET Pierre, « Interactivité et reconnaissance de la singularité : les variétés du consentement », in : Caverni Jean-Paul et Gori Roland (dir.), *Le consentement. Droit nouveau du patient ou imposture ?*, Paris, In Press Editions, 2005, p.49-69.
- LOMBARD Jean, *Éthique médicale et philosophie. L'apport de l'Antiquité*, Paris, L'Harmattan, 2009.
- MAC CABE Matthew, « Admirable dishonesty in medical practice », *Communication and medicine* 2013; 10(1), 27-35.
- MAC CULLOUGH Laurence B, « Was Bioethics founded on historical and conceptual mistakes about medical paternalism? », *Bioethics* 2011;25(2):66-74.
- MACKLIN R, « Applying the four principles », *Journal of Medical Ethics* 2003;29: 275-280.
- MURRAY Stuart J, HOLMES Dave, PERRON Amélie, RAIL Geneviève, « Towards an ethics of authentic practice », *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2008;14: 682-689.
- NORTVEDT Per, « Levinas, justice and health care », *Medicine Health care and Philosophy* 2003;6:25-34.
- PAPADIMOS, « Stoicism, the physician, and care of medical outliers », *BMC Medical Ethics* 2004, 5:8.

Bibliographie thématique et sélective

- PARSA-PARSI RW, « The revised declaration of Geneva. A modern-day physician's pledge », *JAMA* 2017, 14:e1-e2.
- PELLEGRINO Edmund D, « Toward a reconstruction of medical morality : the primacy of the act of profession and the fact of illness », *Journal of Medicine and Philosophy* 1979 ; 4 (1) : 32-56.
- RACHELS James, « Ethical theory and bioethics », in Helga KUHSE, Peter SINGER (dir), *A companion to bioethics, 2nd edition*, Blackwell, 2009, p.15-23.
- RICOEUR Paul, « Préface à "Médecins tortionnaires, médecins résistants" » , *Lectures I*, Paris, Seuil, « Points », 1991.
- SELLMAN Derek, « Professional values and nursing », *Medicine Health Care and Philosophy* 2011;14:203-8.
- THEVENOT Xavier, *La Bioéthique*, Paris, Éditions du Centurion, 1989.
- TURNER Leigh, « Bioethics in a multicultural world : medicine and morality in pluralistic settings », *Health Care Analysis* 2003;11(2):99-117.
- VISIER Laurent (dir), *Médecine, Maladie, Société : l'éthique médicale*, Montpellier, Sauramps Medical, 2008.
- VOYER Gilles, *Qu'est-ce que l'éthique clinique ? Essai philosophique sur l'éthique clinique conçue comme réactualisation de l'éthique aristotélicienne*, Québec, Fides, 1996.
- WEBER Jean-Christophe, « Erreur sur la personne ? La médecine au quotidien », *Cahiers philosophiques de Strasbourg* 2012 ;31 :289-319.
- WEINSTEIN Marcie, NESBITT Jessica, « Ethics in Health Care: Implications for Education and Practice », *Home Health Care Management & Practice* 2007;19: 112-7.
- WILLIAMS John R, *Manuel d'éthique médicale : 3^e édition*, Association Médicale Mondiale, 2015.

Vertus (généralités)

- ALLMARK Peter, « Virtue and austerity », *Nursing philosophy* 2013;14:45-52.
- COMTE-SPONVILLE André, *Petit traité des grandes vertus*, Paris, Presses Universitaires de France, « Perspectives critiques », 1995.
- CURZER Howard J, « Is care a virtue for health care professionals? », *Journal of Medicine and Philosophy* 1993;18:51-69.
- DENT Nicholas JH, « Vertu, éthique de la vertu », in: *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale* (1996), tome 2, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadriges », 4^e éd., 2004, p.1667-71.
- DESCOMBES Vincent, « Alasdair MacIntyre en France », *Revue internationale de philosophie* 2013/2 ; 264 :135-56.
- EBERL Jason T, « Can prudence be enhanced ? », *Journal of Medicine and Philosophy* 2018; 43: 506–526.
- FLEMING Diana, « The character of virtue : answering the situationist challenge to virtue ethics », *Ratio* 2006; 19 (1):24-42.
- GARDINER Patti, « A virtue ethics approach to moral dilemmas in medicine », *Journal of Medical Ethics* 2003; 29: 297-302.
- HOLLAND Stephen, « The virtue ethics approach to bioethics », *Bioethics* 2011;25(4):192-201.
- JANKELEVITCH Vladimir, *Le sérieux de l'intention. Traité des vertus I*, Paris, Flammarion, « Champs essais », 1983.
- JANKELEVITCH Vladimir, *Les vertus et l'amour. Traité des vertus II*, Paris, Flammarion, « Champs essais », 1986.
- KARCHES Kyle E, SULMASY Daniel P, « Justice, Courage, and Truthfulness: Virtues that medical trainees can and must learn », *Family Medicine* 2016;48(7):511-16.
- LAMBEK Michael, « Value and virtue », *Anthropological Theory* 2008; 8; 133-157.

Bibliographie thématique et sélective

- LARKIN Gregory Luke, ISERSON K, KASSUTTO Z, FREAS G, DELANEY K, KRIMM J, SCHMIDT T, SIMON J, CALKINS A, ADAMS J, « Virtue in Emergency Medicine », *Academic Emergency Medicine* 2009; 16:51-5.
- MAC INTYRE Alasdair, *Après la vertu* (1981), trad. Laurent Bury, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2006.
- MARCUM James A, « The epistemically virtuous clinician », *Theoretical Medicine and Bioethics* 2009; 30:249-265.
- NUSSBAUM Martha C, « Virtue ethics : a misleading category? », *The Journal of Ethics* 1999;3:163-201.
- OAKLEY Justin, « Diagnosing true virtue? Remote scenarios, warranted virtue attributions, and virtuous medical practice », *Theoretical Medicine and Bioethics* 2016; 37:85-96.
- PELLEGRINO Edmund D, THOMASMA David C, *The virtues in medical practice*, Oxford, Oxford University Press, 1993.
- SHAFTESBURY, *Enquête sur la vertu et le mérite* (1715), Edition électronique UQAC.
- WEST Ryan, « Virtue ethics is empirically adequate : a defense of the CAPS response to situationnism », *Pacific Philosophical Quarterly* 2018; 99 (S1): 79-111.

Courage

- ALVARENGA Raphael, « La mesure de l'impossible : penser le courage dans le cadre d'une rupture avec la condition présente », *Dissensus* 2009, 2 : 78-115.
- BICKHOFF Laurie, SINCLAIR Peter M, LEVETT-JONES Tracy, « Moral courage in undergraduate nursingstudents: A literature review », *Collegian* 2017; 24 (1): 71-83.
- BICKHOFF Laurie, LEVETT-JONES Tracy SINCLAIR Peter M, « Rocking the boat — nursing students' stories of moral courage: A qualitative descriptive study », *Nurse Education Today* 2016;42: 35-40.
- BILLE Michel, « Vieillir. Le courage et l'indignation... », *Sens-Dessous* 2011/1 ; 8 :14-23.
- BLANQUER Zig, DUFOUR Pierre, « Les noces du courage et du handicap », *Sens-Dessous* 2011/1; 8: 32-8.
- BLESIN Laurence, « De l'affect à l'engagement. Une lecture pragmatiste du courage », *Dissensus* 2009 ;2 :146-65.
- CANTO-SPERBER Monique, « Courage », in : Monique CANTO-SPERBER (dir), *Dictionnaire d'éthique et de Philosophie morale, Tome I*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 4e éd., 2004, p.422-30.
- CHENAUVIER Robert, « Le courage de Simone Weil. Ou la « griffe du réel » », *Sens-Dessous* 2011/1 ; 8 : 55-62.
- COMTE-SPONVILLE André, *Petit traité des grandes vertus*, Paris, Presses Universitaires de France, « Perspectives critiques », 1995.
- DAY Lisa, « Courage as a virtue necessary to good nursing practice », *American journal of critica care* 2007; 16 (6): 613-6.
- EVANS Philip D, WHITE David G, « Towards an empirical definition of courage », *Behaviour Research and Therapy* 1981;19:419-24.
- FENNETAUX Michel, *Et dès lors ma guerre commença*, Paris, Editions Verticales, 1997.
- FLEURY Cynthia, « Le courage du commencement », *Études* 2014/1 : 57-66.
- FOUCAULT Michel, *Le courage de la vérité, Le gouvernement de soi et des autres II, Cours au collège de France 1984*, Paris, Gallimard/Seuil, « Hautes Etudes », 2009.
- GALLAGHER Ann, « Moral distress and moral courage in everyday nursing practice », *The online journal of issues in nursing* 2010;16 (2):1-7.

Bibliographie thématique et sélective

- GELY Raphaël, « Du courage de mourir au courage de vivre :quels enjeux politiques ? Introduction à une phénoménologie radicale du courage », *Dissensus* 2009 ;2 :116-45.
- HAMRAOUI Éric , « Les courages : variantes d'un processus d'androséxuation de la vertu », *Travailler* 2002/1 ; 7 : 167-88.
- KANT Emmanuel, « Réponse à la question : qu'est-ce que les Lumières ? » (1784), trad. H. WISMANN, in *Œuvres philosophiques II*, Paris, Gallimard, « Bibliothèque de la pléiade », 1983, p.209-17.
- MACCARTNEY Margaret, « Courage is treating patients with Ebola », *British Medical Journal* 2014; 349:4987.
- MARTINEZ William, BELL Sigall K, ETCHEGARAY Jason M, SOLEYMANI LEHMANN Lisa, « Measuring moral courage for interns and residents: Scale development and initial psychometrics », *Academic Medicine* 2016;91(10):1431-1438.
- MUNRO Cindy L, SAVEL Richard H, « Our view of courageous care », *American Journal of Critical Care* 2015;24 (5):372-4.
- SCHAEFER Laurence, « Le renoncement au pouvoir. Contre la liberté de rester soi-même : le choix exemplaire de Françoise Verchère », *Sens- Dessous* 2011/1 ; 8 : 39-43.
- SHELP Earl E, « Courage : a neglected virtue in the patient-physician relationship », *Social Science and Medicine* 1984; 18 (4): 351-60.
- THORUP Charlotte B, RUNDQVIST Ewa, ROBERTS Christel, DELMAR Charlotte, « Care as a matter of courage : vulnerability, suffering and ethical formation in nursing care », *Caring Sciences* 2011, 427-35.
- TILLICH Paul, *Le courage d'être* (1952), trad. Jean-Pierre Le May, Genève, Labor et Fides, 2014.
- WEIL Simone, *Réflexions sur les causes de la liberté et de l'oppression sociale* (1934), Paris, Gallimard, « Idées NRF », 1955.
- WOOTTON John, « Clinical courage », *Canadian journal of rural medicine* 2011;16(2):45.
- ZAOUI Pierre, « Pas de courage », *Vacarme* 2016/2 ; 75 : 16-21.

Phronēsis (sagesse pratique - voir aussi jugement pratique)

- AUBENQUE Pierre, *La prudence chez Aristote*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 5^e éd., 2009.
- BERESFORD Eric B, « Can phronesis save the life of medical ethics? », *Theoretical Medicine* 1996; 17(3): 209–24.
- DAVIS F Daniel, « Phronesis, clinical reasoning, and Pellegrino's philosophy of medicine », *Theoretical Medicine* 1997; 18(1–2): 173–195.
- DETIENNE Marcel, VERNANT Jean-Pierre, *Les ruses de l'intelligence. La mētis des Grecs*, Paris, Flammarion, « Champs essais », 2009.
- FINNIGAN Bronwyn, « Phronesis in Aristotle : reconciling deliberation with spontaneity », *Philosophy and phenomenological research* 2015; 91 (3):674-697.
- FOLSCHIED Dominique, « La médecine entre "hubris" et "phronēsis" », Colloque international du RISES, Lyon, 7-11 avril 2005.
- KURTH Charlie, « Emotion, deliberation, and the skill model of virtuous agency », *Mind and Language* 2018; 33 (3):299-317.
- LACEWING Michael, « Emotional self-awareness and ethical deliberation », *Ratio* 2005;18 (1): 65-81.
- LORIES Danielle, RIZZERIO Laura (dir), *Le jugement pratique ; autour de la notion de phronēsis*, Paris, Vrin, 2008.
- CAMPODONICO Angelo, « Sagesse pratique et éthique de la vertu », in *id.*, p.361-79.
- DIXSAUT Monique, « Des multiples sens de la *phronēsis* dans les dialogues de Platon », in *id.*, p.123-44.

Bibliographie thématique et sélective

- MARTY François, « La prudence chez Kant. Temps inconditionné de la liberté », in *id.*, p.293-316.
- RIZZIERO Laura, « Aspects de la *phronèsis* présocratique : Héraclite et Empédocle », in *id.*, p.47-74.
- MOREL Pierre-Marie, *Aristote, une philosophie de l'activité*, Paris, GF Flammarion, 2003.
- NICOLAS Loïc, « L'exemple ambigu, ou la *phronesis* du *phronimos* », *Diversité et Identité Culturelle en Europe*, 2011 ; 8 (2) : 27-48. En ligne : <http://www.diacronia.ro/ro/indexing/details/A4039/pdf>.
- PARKER Malcolm, « Whither our art ? Clinical wisdom and evidence-based medicine », *Medicine Health Care and Philosophy* 2002;5:273-280.
- RESWEBER Jean-Paul, « Hexis, habitus, habitualité », in JP RESWEBER (dir.), *Hexis et Habitus*, Metz, Éd. du Portique, « Cahiers du Portique », 2006, p. 9-23.
- RICOEUR Paul, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990.
- SVENAEUS Fredrik, « Hermeneutics of medicine in the wake of Gadamer: the issue of *phronesis* », *Theoretical Medicine* 2003; 24(5): 407–31.
- TYREMAN Stephen, « Promoting critical thinking in health care: *Phronesis* and criticality », *Medicine Health Care and Philosophy* 2000; 3(2): 117–24.
- VACCAREZZA Maria Silvia, « An eye on particulars with the end in sight. An account on Aristotelian *phronesis* », *Metaphilosophy* 2018 ;49 (3) :246-61.
- VON WRIGHT Georg Henrik, « Practical Inference », *The Philosophical Review* 1963; 72 (2): 159-79.
- WARING Duff, « Why the practice of medicine is not a *phronetic* activity », *Theoretical Medicine and Bioethics* 2000; 21(2): 139–151.
- WEBER Jean-Christophe, « Pleasure in medical practice », *Medicine Health Care and Philosophy* 2012; 15(2): 153-64.
- ZUPPINGER Thibaud, *Agir en contexte. Enquête sur les pratiques ordinaires de l'éthique*, Paris, Kimé, 2016.

Sophrosune (tempérance)

- BOUCHERON Patrick, *Conjurer La Peur: Sienna, 1338: Essai Sur La Force Politique Des Images*, Paris, Seuil, 2013.
- CLARK Justin C, « Knowledge and temperance in Plato's *Charmide* », *Pacific Philosophical Quarterly* 2018;99 (2): DOI: 10.1111/papq.12218.
- D'AQUIN Thomas, *Somme théologique*, (1269-1272), trad. dominicaine, en ligne : docteurangelique.free.fr/saint_thomas_d_aquin/oeuvres_completes.html.
- FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité, tome II, L'usage des plaisirs*, Paris, Gallimard, « Tel », 1984.
- LARIVEE Annie, « Analyses et comptes rendus : Platon, *Charmide*, *Lysis*, présentation, traduction, notes et bibliographie par Louis-André Dorion, Paris, GF, 2004 », *Revue philosophique de la France et de l'étranger* 2006/4 ;131 : 513-6.
- MONTERO SANCHEZ DEL CORRAL Borja, « Fortaleza y templanza », *Cuadernos de Bioética* 2014/1 ;XXV : 117-21.
- PLATON, « *Charmide* », trad. Emile Chambry, *Premiers dialogues*, Paris, GF Flammarion, 1967 ; trad. Louis-André Dorion, *Charmide, Lysis*, Paris, GF Flammarion, 2004 ; trad. Louis-André Dorion, *Oeuvres complètes*, Luc Brisson(dir), Paris, Flammarion, 2008.
- WELLMAN Robert R, « The question posed at Charmides 165a-166c », *Phronesis* 1964;9: 107–13.

EXPERIENCE

Erlebnis

- ALBERTAT Judith, *Maladie de Lyme. Mon parcours pour retrouver la santé*, Vergèze, Thierry Souccar Editions, 2012.
- BISHOP Jeffrey P, « Subjective experience and medical practice », *Journal of Medicine and Philosophy* 2012;37(2):91-5.
- BLEAKLEY Alan, BLIGH John, « Students learning from patients: Let's get real in medical education », *Advances in Health Sciences Education* 2008; 13: 89–107.
- BUTLER Judith, *Le récit de soi*, Paris, Presses universitaires de France, 2007.
- DEMAILLY Lise, GARNOUSSI Nadia (dir), *Aller mieux. Approches sociologiques*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, 2016.
- EWENCZYK Hélène, « J'arpente le jour. Le temps du « bruit », le temps de la peur, le temps des pluriels », *Che vuoi ?* 2009/1 ; 31 :81-97.
- FENNETAUX Michel, *Et dès lors ma guerre commença*, Paris, Editions Verticales, 1997.
- FOREST Philippe, *L'enfant éternel*, Paris, Gallimard, 1997.
- FOUCAULT Michel, *Subjectivité et vérité. Cours au collège de France 1980-1981*, Paris, Gallimard/Seuil, « Hautes Etudes », 2014.
- G. Anna, *Mon analyse avec le professeur Freud*, Anna KOELLREUTER (dir), trad. JC Capèle, Paris, Aubier, 2010.
- GREACEN Tim, JOUET Emmanuelle, « Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique : le projet Emilia », *L'information psychiatrique* 2012/4 ; 88 : 359-64.
- JADDO, *Juste après dresseuse d'ours. Les histoires brutes et non romancées d'une jeune généraliste*, Paris, Fleuve Noir, 2011.
- KANT Emmanuel, *Le conflit des facultés en trois sections* (1798), trad. J. Gibelin, Paris, Vrin, 1988.
- KIRKENGEN Anna Luise, THORNQUIST Eline, « The lived body as a medical topic : an argument for an ethically informed epistemology », *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2012;18:1095-101.
- KLEIN Alexandre (dir), *Les sensations de santé*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 2010.
- KÖBERICH Stefan et al., « Factors influencing hospitalized patient's perception of individualized nursing care : a cross-sectional study », *Nursing* 2016;15:14.
- LACAN Jacques, « Le problème du style et la conception psychiatrique des formes paranoïaques de l'expérience », *Minotaure* 1933 ; 1. Texte repris dans *Premiers écrits sur la paranoïa* publié à la suite de la thèse *Psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, Paris, Seuil, 1975.
- LAMBRICHS Louise L, *Le livre de Pierre*, Paris, La Différence, 1995.
- LORD Catherine, *L'été de Sa Calvitie* (2004), trad. Denis Petit, Paris, Unebévée-éditeur, 2006.
- MANN Thomas, *La montagne magique* (1926), Paris, Arthème Fayard (1931), « Le Livre de Poche », 1997.
- MARIN Claire, *Hors de moi*, Paris, Alia, 2008.
- MEYERS Todd, *Chroniques de la maladie chronique*, Paris, Presses Universitaires de France, « Questions de soin », 2017.
- MONTREUIL Michèle, COUPE Christophe, TRUELLE Jean-Luc, « Traumatisés crâniens graves adultes : quel rétablissement ? », *L'information psychiatrique* 2012/4 ;88 :287-94.
- OGIEN Ruwen, *Mes mille et une nuits ; la maladie comme drame et comme comédie*, Paris, Albin Michel, 2017.
- PACHOUD Bernard, « Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes », *L'information psychiatrique* 2012/4 ; 88 :257-66.
- PASCAL Jean-Charles, « Se rétablir ? », *L'Information psychiatrique* 2012 ; 88 : 251–2.
- PENNAC Daniel, *Ancien malade des hôpitaux de Paris*, Paris, Gallimard, « Folio », 2012.

Bibliographie thématique et sélective

- PEREIRA PAULO Lennize, TOURETTE-TURGIS Catherine, « Quand mon corps parle, qu'est-ce que j'apprends ? Ecouter son corps, une figure de la démarche d'enquête sur soi », in Christine DELORY-MOMBERGER, *Eprouver le corps*, Ramonville Ste Agnès, Eres, « Questions de société », 2016, p.203-214.
- PETIT Philippe, *Philosophie de la prostate*, Paris, Cerf, 2018.
- QUINCHE Florence, « Perceptions médicales versus sensations internes. Percevoir la maladie : le point de vue médical face au ressenti du sujet », in Alexandre KLEIN (dir), *Les sensations de santé*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 2010, p.131-56.
- RICOEUR Paul, « La souffrance n'est pas la douleur », *Autrement, Série « Mutations », Souffrances*, Paris, 1994 ;142 :59-68.
- SEY Marie, *Le malaise d'Hippocrate. Témoignage d'une femme de lettres atteinte de la SLA*, Paris, Les Editions Chapitre.com, 2016.
- SOLHDJU Katrin, *L'épreuve du savoir ; propositions pour une écologie du diagnostic*, Dijon, Les Presses du réel / Editions Dingdingdong, 2015.
- TOURNAY Virginie, « Crise du Levothyrox : Les réseaux sociaux constituent une caisse de résonance de la méfiance », *Le Monde*, supplément Science et Techno du 19.09.2017.
- WOOLF Virginia, *De la maladie*, trad. Elise Argaud, Paris, Rivages poche, « Petite bibliothèque », 2007.
- WORMS Frédéric, *Revivre. Eprouver nos blessures et nos ressources* (2012), Paris, Flammarion, « Champs essais », 2015.
- ZORN Fritz, *Mars*, Paris, Gallimard, « Folio », 1979.

Expérimentation (voir aussi épistémologie de la médecine)

- ALBINHAC Dominique, *Les implants cochléaires : contribution à l'histoire de l'expérimentation humaine*, Mémoire. Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 1978.
- BAAS Bernard, « 'Entre' philosophie et psychanalyse : la littérature comme expérience », *Savoirs et clinique*, 2012/1 ;15 : 42-52.
- HEGEL Georg Wilhelm Friedrich, *Phénoménologie de l'esprit*, trad. Jean-Paul Lefèbvre, Paris, GF Flammarion, 2012.
- MAZZEO Marco , « Apologie d'un killer. Expérience empirique et dialectique peirastique », in Loïc NICOLAS (dir), *Le Fragile et le flou. De la précarité en rhétorique*, Paris, Classiques Garnier, 2018.
- VIRNO Paolo, *Convenzione e materialismo ; l'unicità senza aura*, Roma, Derive Approdi, 2011.
- VIRNO Paolo, *L'usage de la vie et autres sujets d'inquiétude*, Paris, L'Eclat, 2016.
- ZAOUI Pierre, *La traversée des catastrophes, Philosophie pour le meilleur et pour le pire*, Paris, Seuil, « Points essais », 2013.

Expertise

- ADDIS M, WINCH C, « Introduction », *Journal of Philosophy of Education* 2017 ;51 (3) : 557-573.
- ADDIS M, « Activity concepts and expertise », *Journal of Philosophy of Education* 2017; 51(3) 574-587.
- ANCORI Bernard, « Expertise et citoyenneté : les grecs anciens et nous. De l'agora antique aux forums hybrides modernes », *Revue d'anthropologie des connaissances* 2009 ;3 (3) : 485-529.
- BADCOTT David, « Employing patient expertise: Introduction to the theme », *Medicine, Health Care and Philosophy* 2005; 8: 147-48.
- BUCCELLI Irene, « The role of 'autonomy' in teaching expertise », *Journal of Philosophy of Education* 2017 ; 51 (3), 588-604.
- DEPARTMENT OF HEALTH, *The Expert Patient: A New Approach to Chronic Disease Management for the 21st Century*, Londres, 2001.

Bibliographie thématique et sélective

- http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006801
- DREYFUS Stuart E, « The Five-Stage Model of Adult Skill Acquisition », *Bulletin of Science Technology & Society* 2004; 24: 177.
- DREYFUS HL, DREYFUS Stuart E, « Peripheral vision. Expertise in real world contexts », *Organization Studies* 2005; 26 (5): 779-92.
- EDGAR Andrew, « The expert patient: illness as practice », *Medicine, Health Care and Philosophy* 2005; 8: 165-171.
- GOBET Fernand, « Three views on expertise : philosophical implications for rationality, knowledge, intuition and education », *Journal of Philosophy of Education* 2017 ;51 (Special Issue 3: *Education and Expertise*) : 605-19.
- GRIMALDI André, « Les différents habits de l'expert profane », *Les Tribunes de la santé* 2010/2 ; 27 : 91-100.
- KEESTRA M, « Drawing on a sculpted space of actions : educating for expertise while avoiding a cognitive monster », *Journal of Philosophy of Education* 2017 ;51 (3) 620-639.
- KOTZEE B, SMIT JP, « Two social dimensions of expertise », *Journal of Philosophy of Education* 2017 ;51 (3):640-654.
- LUM Gerard, « Making sens of knowing-how and knowing-that », *Journal of Philosophy Education* 2017 ;51 (3): 655-672.
- MUNTANYOLA-SAURA Dafne, « A cognitive account of expertise: Why Rational Choice Theory is (often) a fiction », *Theory & Psychology* 2014;24:19-39.
- NORDIN Ingemar, « Expert and non-expert knowledge in medical practice », *Medicine Health care and Philosophy* 2000;3:297-304.
- POLANYI Michael, *Personal knowledge : towards a post-critical philosophy*, Londres, Routledge, 1962.
- POLANYI Michael, *The tacit Dimension*, Londres, Routledge & Kegan Paul Ltd, 1966.
- TABUTEAU Didier, « L'expert et la décision en santé publique », *Les tribunes de la santé* 2010 ;27 : 33-48.
- TYREMAN Stephen, « The expert patient: Outline of UK government paper », *Medicine Health Care and Philosophy* 2005; 8:149–51.
- TYREMAN Stephen, « An expert in what?: The need to clarify meaning and expectations in "The Expert Patient" », *Medicine Health Care and Philosophy* 2005; 8:153–57.
- WINCH Christopher, « Professional knowledge, expertise and perceptual ability », *Journal of Philosophy of Education* 2017 ;51 (3): 673-688.

Formation des médecins – Professionnalisme – Déontologie

- ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES. 1998. Report 1: Learning Objectives for Medical Student Education, Guidelines for Medical Schools. Medical Schools Objectives Project. Washington, D.C., Association of American Medical Colleges. URL : <https://members.aamc.org/eweb/upload/Learning%20Objectives%20for%20Medical%20Student%20Educ%20Report%20I.pdf>
- BISHOP Jeffrey P, REES Charlotte E, « Hero or has-been: Is there a future for altruism in medical education? » *Advanced Health Science Education Theory and Practice* 2007; 12(3): 391-9.
- BLEAKLEY Alan, BLIGH John, « Students learning from patients: Let's get real in medical education », *Advances in Health Sciences Education* 2008; 13: 89–107.
- BOUQUIER JJ, *Evolution du métier de médecin*, Rapport de la Commission nationale permanente, Conseil National de l'Ordre des Médecins, France, 2001.
<http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/evolutionmetier.pdf>.

Bibliographie thématique et sélective

- BOUISSOU Christine, BRAU-ANTONY Stéphane, « Réflexivité et pratiques de formation. Regards critiques », *Carrefours de l'éducation* 2005 ; 20 (2) : 113-122.
- CALGARY-CAMBRIDGE GUIDE TO COMMUNICATION, « Process skills », Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004, URL <https://rouen.cnge.fr/IMG/pdf/calgary.pdf>.
- COMPAGNON L, BAIL P, HUEZ JF et al., « Définitions et descriptions des compétences en médecine générale », *Exercer* 2013;108:148-55.
- GENERAL MEDICAL COUNCIL, *Good medical practice*, 2013. www.gmc-uk.org/guidance.
- HEUBEL Friedrich, « The « soul of professionalism » in the Hippocratic Oath and today », *Medicine Health Care and Philosophy* 2015; 18 :185-194.
- HILTON Sean R, SLOTNICK Henry B, « Proto-professionalism : how professionalization occurs across the continuum of medical education », *Medical Education* 2005;39:58-65.
- HOWE RK, « Goals of postgraduate physician training », *Health Affairs* 2009; 28 (3): 927.
- HUTCHINS M, « Medicine as a job, not a calling? », *Health Affairs* 2009 ; 28 (3) : 927-8.
- KINGHORN Warren A, « Medical education as moral formation; an Aristotelian account of medical professionalism », *Perspectives in Biology and Medicine* 2010; 53(1):87-105.
- KLEIN Alexandre, « On ne peut apprendre rapidement la médecine », *Le Portique*, e-portique 4 [En ligne], - *Soin et éducation (II)* 2007, mis en ligne le 28 juin 2007.
- PESTIAUX D, VANWELDE C, « Becoming a general practitioner. Where's the joy in that? », *Canadian Family Physician* 2007; 53: 391-2.

JUGEMENT PRATIQUE – DECISION – ACRASIE (VOIR AUSSI PHRONESIS)

- AB E, DENIG P, VAN VLIET T, DEKKER JH, « Reasons of general practitioners for not prescribing lipid-lowering medication to patients with diabetes: a qualitative study », *BMC Family Practice* 2009;10:24.
- ANQUETIL Alain, « Corruption et faiblesse de la volonté », *Le journal de l'école de Paris du management* 2005/1 ;°51 : 9-15.
- ANSCOMBE Gertrud Elizabeth M, *L'intention*, préf. Vincent Descombes, Paris, Gallimard, 2002.
- ARENDT Hannah, *Juger, Sur la philosophie politique de Kant*, trad. M. Revault d'Allones, Paris, Seuil, « Points Essais », 1991.
- ARISTOTE, *Ethique à Nicomaque*, trad. Jules Tricot, Paris, Vrin, « Bibliothèque des textes philosophiques », 2007.
- AUBENQUE Pierre, *Problèmes aristotéliens ; Philosophie pratique*, Paris, Vrin, 2011.
- AUDETAT MC, LAURIN S, SANCHE G, « Aborder le raisonnement clinique d'un point de vue pédagogique. 1. Un cadre conceptuel pour identifier les problèmes de raisonnement clinique », *Pédagogie Médicale* 2011 ; 12 (4), 223-229.
- AUJOULAT I, JACQUEMIN P, HERMANS MP, RIETZSCHEL E, SCHEEN A, TREFOIS P, et al, « Clinical inertia in general practice, a matter of debate: a qualitative study with 114 general practitioners in Belgium », *BMC Family Practice* 2015;16:13.
- BERESFORD Eric B, « Can phronesis save the life of medical ethics? », *Theoretical Medicine* 1996; 17(3): 209–24.
- BIEHN J, « Managing uncertainty in family practice », *Canadian Medical Association Journal* 1982 ; 126 : 915-7.
- BLEAKLEY Alan, FARROW Richard, GOULD David, MARSHALL Robert, « Making sense of clinical reasoning: judgement and the evidence of the senses », *Medical Education* 2003;37:544–552.
- BLOY Géraldine, « L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles », *Sciences sociales et santé* 2008 ; 26 (1) : 67-91.
- BOURDIEU Pierre, *Raisons pratiques ; sur la théorie de l'action*, Paris, Seuil, 1994.

Bibliographie thématique et sélective

- BOURDIEU Pierre, *Méditations pascaliennes*, Paris, Seuil, « Points essais », 2003.
- BRANDER Patrick, GARIN Nicolas, « Utilité de l'anamnèse et de l'examen clinique dans le diagnostic de la pneumonie », *Revue Médicale Suisse* 2011; 7 : 2026-9.
- COATES Allen, « The enkratic requirement », *European Journal of Philosophy*, 2011
- CROSKERRY Pat, ABBASS Allan, WU Albert W, « Emotional influences in patient safety », *Journal of Patient Safety* 2010; 6:199-205
- CURZER Howard J, « Aristotle's practical syllogism », *The philosophical forum* 2015; 46 (2):129-153.
- DAMASIO Antonio R, *L'erreur de Descartes – la raison des émotions*, Paris, Odile Jacob, 1994.
- DAVIDSON Donald, *Paradoxes de l'irrationalité*, trad. Pascal Engel, Combas, L'Eclat, « Tiré à part », 1991.
- DAVIDSON Donald, *Actions et événements*, trad. Pascal Engel, Paris, Presses Universitaires de France, « Epiméthée », 1993.
- DESCOMBES Vincent, *Le complément de sujet. Enquête sur le fait d'agir de soi-même*, Paris, Gallimard, 2004.
- DESCOMBES Vincent, *Le raisonnement de l'ours et autres essais de philosophie pratique*, Paris, Seuil, 2007.
- DEWEY John, *La quête de certitude. Une étude de la relation entre connaissance et action*, Paris, Gallimard, 2014.
- DJULBEGOVIC Benjamin, HOZO Iztok, SCHWARTZ Alan, MCMASTERS KM, « Acceptable regret in medical decision making », *Medical Hypotheses* 1999; 53:253–259.
- ECO Umberto, *Le nom de la rose*, Paris, Librairie Générale Française, « Le livre de poche », 1982.
- ECO Umberto, *De Superman au surhomme*, Paris, Grasset, 1993.
- ELSTER Jon, *Agir contre soi, la faiblesse de volonté*, Paris, Odile Jacob, 2007.
- ELSTER Jon, *L'irrationalité. Traité critique de l'homme économique II*, Paris, Seuil, 2010.
- ENGEL Pascal, « Aristote, Davidson et l'akrasia », *Philosophie* 1984 ; 3 : 11-20.
- ENGEL Pascal, « Akrasia pratique et akrasia épistémique », *Le Philosophoire* 2007/2 ; 29 : 63-79.
- EVANS Jonathan St.B.T., « Dual-process theories of reasoning: Contemporary issues and developmental applications », *Developmental Review* 2011; 11: 86–102.
- FOX Renée, *L'incertitude médicale*, Louvain-la-Neuve, CIACO-L'Harmattan, 1988.
- GAGNON Jacques-Henri, « Spinoza et le problème de l'akrasia : Un aspect négligé de l'ordo geometricus », *Philosophiques* 2002 ; 29 (1) : 57-71.
- GEHLEN Arnold, *Essais d'anthropologie philosophique*, Paris, Editions de la Maison des sciences de l'homme, 2009.
- GILLET Grant, « Clinical medicine and the quest for certainty », *Social Science and Medicine* 2004; 58(4):727-738.
- GILLIES John, MARTIN Sheehan, « Practical reasoning and decision making – Hippocrate's problem, Aristotle's answer », *British Journal of General Practice* 2002; 52: 518-519.
- GNASSOUNOU Bruno, « Introduction générale », in *Philosophie de l'action. Action, raison et délibération*, textes réunis par Bruno Gnassounou, Paris, Vrin, 2007.
- GOLLIER Christian, HILTON Denis, RAUFASTE Eric, « Daniel Kahneman et l'analyse de la décision face au risque », *Revue d'économie politique*, 2003/3 ; 113 : 295-307.
- GROOPMAN Jerome, *How doctors think*, Boston, Houghton Mifflin, 2007.
- HAMM Robert M, « Theory about heuristic strategies based on verbal protocol analysis: the emperor needs a shave », *Medical Decision Making*, 2004; 24: 681-686.
- HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la décision médicale partagée. Etat des lieux*, 2013.

Bibliographie thématique et sélective

- http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1671523/fr/patient-et-professionnels-de-sante-decider-ensemble.
- HORST David, « Enkratic agency », *European Journal of Philosophy* 2017; 25 (1): 47-67.
- HUNYADI Mark, « La logique du raisonnement de précaution », *Revue Européenne des Sciences Sociales* 2004, [En ligne], XLII-130, mis en ligne le 03 novembre 2009. URL : <http://ress.revues.org/341>.
- KAHNEMAN Daniel, TVERSKY Amos, « Prospect theory : an analysis of decision under risk », *Econometrica*, 1979; 47(2):263-291.
- KAHNEMAN Daniel, *Système 1, système 2, les deux vitesses de la pensée*, Paris, Flammarion, 2012.
- KANT Emmanuel, *Critique de la faculté de juger* (1790), trad. Alain Renaut, Paris, GF - Flammarion, 1995.
- GRAPOTTE Sophie, RUFFING Margit, TERRA Ricardo (dir), *Kant - La raison pratique, concepts et héritages*, Paris, Vrin, 2015.
- KENNEDY Ashley Graham, « Differential diagnosis and the suspension of judgment », *Journal of Medicine and Philosophy* 2013; 38: 487–500.
- KHUSHF George, « The aesthetics of clinical judgment : exploring the link between diagnostic elegance and effective resource utilization », *Medicine Health Care and Philosophy* 1999; 2:141-59.
- KUHBERGER Anton, « The rationality of risky decisions : a changing message », *Theory & Psychology* 2002;12:427-52.
- LAVOIE Kim L, RASH Joshua A, CAMPBELL Tavis S, « Changing provider behavior in the context of chronic disease management: focus on clinical inertia », *Annual Review of Pharmacology and Toxicology* 2017;57:263-83.
- LEBEAU J-P, CADWALLADER J-S, VAILLANT-ROUSSEL H, POUCHAIN D, YAOUANC V, AUBIN-AUGER I, et al., « General practitioners' justifications for therapeutic inertia in cardiovascular prevention : an empirically grounded typology », *British Medical Journal* 2016;6(5):e010639.
- LEMAIRE Juliette, « Les causes de l'akrasia chez Aristote – variation socratique ou texte aristotélicien ? », https://f-origin.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/2654/files/2016/01/J_Lemaire_causesAkrasia.pdf.
- LLORCA Guy (dir), *Guide pratique de la décision médicale ; l'éthique en clinique*, Paris, Med-line éditions, 2004.
- MACHEREY Pierre, *S'orienter*, Paris, Kimé, 2017.
- MAIATSKY Michail, « Le RBI à travers le prisme de l'acrasie grecque. Remarques d'un avocat du diable », *A contrario* 2015/1 ;21: 63-74.
- MARIE Pierre, *La croyance, le désir et l'action*, Paris, Presses Universitaires de France, 2011.
- MASQUELET Alain, *Le raisonnement médical*, Paris, Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2006.
- MONTGOMERY Kathryn, *How doctors think ; clinical judgment and the practice of medicine*, Oxford, Oxford University Press, 2006.
- MONTGOMERY Kathryn, « Thinking about thinking: Implications for patient safety », *Healthcare Quarterly* 2009 ;12:191–194.
- MUNTANYOLA-SAURA Dafne, « A cognitive account of expertise: Why Rational Choice Theory is (often) a fiction », *Theory & Psychology* 2014;24:19-39.
- NEF Frederic, « Raisonnement pratique, deduction et intuition des particuliers. Aristote, Davidson et Von Wright », 2007. HAL Archives ouvertes https://jeannicod.ccsd.cnrs.fr/ijn_00352686.
- NORBY Aaron, « Uncertainty without all the doubt », *Mind & Language* 2015; 30: 70–94.
- OGIEN Ruwen, « La faiblesse de la volonté est-elle toujours irrationnelle ? », in *Le rasoir de Kant et autres essais de philosophie pratique*, Paris, L'Éclat, 2006.

Bibliographie thématique et sélective

- OSIMANI Barbara, « Modus tollens probabilized: deductive and inductive methods in medical diagnosis », *Medic* 2009;17: 43-59.
- PHILLIPS Lawrence S, BRANCH JR William T, COOK Curtiss B, et al., « Clinical inertia », *Annals of Internal Medicine* 2001;135:825-834.
- REACH Gérard, *Pourquoi se soigne-t-on ? Enquête sur la rationalité morale de l'observance*, Lormont, Editions du Bord de l'eau, 2^e éd., 2007.
- REACH Gérard, *L'inertie clinique – une critique de la raison médicale*, Paris, Springer Verlag France, 2013.
- RYLE Gilbert, « Improvisation », *Mind* 1976 ; 85 (357) : 69-83 ; « L'improvisation », trad. Valérie Aucouturier, *Tracés. Revue de sciences humaines* [en ligne], 2010 ; 18.
- SCHLEGER HA, OEHNINGER NR, REITER-THEIL S, « Avoiding bias in medical ethical decision-making. Lessons to be learnt from psychological research », *Medicine Health Care and Philosophy* 2011;14:155-62.
- SHAFIR E, SIMONSON I, TVERSKY A, « Reason-based choice », *Cognition* 1993;49 :11-36.
- SLOVIC P, FINUCANE ML, PETERS E, Mc GREGOR DG, « Risk as analysis and risk as feelings : some thoughts about affect, reason, risk and rationality », *Risk Analysis* 2004, 24 (2): 311-322.
- STEICHEN Olivier, « Former à la décision médicale », *Laennec* 2014 ;62 :51-61.
- TONER Christopher, « Akrasia revisited : an interpretation and defense of Aristotle », *The Southern Journal of Philosophy* 2003;XLI: 283-306.
- TVERSKY Amos, KAHNEMAN Daniel, « Judgment under uncertainty: heuristics and biases », *Science* 1974; 185: 1124-1131.
- TYREMAN Stephen, « Promoting critical thinking in health care: Phronesis and criticality », *Medicine Health Care and Philosophy* 2000; 3(2): 117–124.
- VERGNENEGRE A, « L'analyse coût-efficacité : un guide de lecture », *Revue des Maladies Respiratoires* 2003 ;20 (1) : 166-75.
- VIRNO Paolo, *Motto di spirito e azione innovativa*, Torino, Bollati Boringhieri, 2005.
- VIRNO Paolo, *Et ainsi de suite – La régression à l'infini et comment l'interrompre*, trad. Didier Renault, Paris, L'Eclat, 2013.
- WEBER J-C., C ALLAMEL-RAFFIN, T RUSTERHOLTZ, I PONS, I GOBATTO, « Les soignants et la décision d'interruption de grossesse pour motif médical ; entre incertitudes cliniques et embarras éthiques », *Sciences Sociales et Santé* 2008 ; 26 (1) :93-120.
- WEBER Jean-Christophe, « Chasser le flou : vers une plus grande fragilité ? Le cas de la pratique médicale », in NICOLAS Loïc (dir), *Le Fragile et le flou, De la précarité en rhétorique*, Paris, Classiques Garnier, 2018, p.229-244.
- WILLIAMS Bernard, « Internal and external reasons », trad. Sébastien Motta, in : Bruno GNASSOUNOU, *Philosophie de l'action*, Paris, Vrin, 2007, p.231-249.
- WILSON Tim, HOLT Tim, « Complexity and clinical care », *British Medical Journal* 2001;323: 685-688.
- WITTGENSTEIN Ludwig, *Recherches philosophiques* (1953), Paris, Gallimard, 2004.

Diagnostic

- ACIERNO Antonio, D'ESPOSITO Massimo, DE PIETRO Giuseppe, « An extensible six-step methodology to automatically generate fuzzy DSSs for diagnostic applications », *BMC Bioinformatics* 2013; 14 (suppl. 1): S4.
- BRANDER Patrick, GARIN Nicolas, « Utilité de l'anamnèse et de l'examen clinique dans le diagnostic de la pneumonie », *Revue Médicale Suisse* 2011; 7 : 2026-9
- CROSKERRY Pat, « A universal model of diagnostic reasoning », *Academic Medicine* 2009;84: 1022–1028.

Bibliographie thématique et sélective

- CROSKERRY Pat, « Clinical cognition and diagnostic error: applications of a dual process model of reasoning », *Advances in Health Sciences Education* 2009;14: 27–35.
- FEDERSPIL Giovanni, VETTOR Roberto, « Clinical and laboratory logic », *Clinica Chimica Acta* 1999; 280 : 25-34.
- FEDERSPIL Giovanni, VETTOR Roberto, « Rational error in internal medicine », *Internal and Emergency Medicine* 2008;3: 25–31.
- LOFTUS Stephen, « Rethinking clinical reasoning: time for a dialogical turn », *Medical Education* 2012; 46:1174–1178.
- MAMEDE Silvia, SCHMIDT Henk G, PENAFORTE Julio Cesar, « Effects of reflective practice on the accuracy of medical diagnoses », *Medical Education* 2008; 42: 468–475.
- STEICHEN Olivier, GRATEAU Gilles, BEAUFILS Marc, « Pour ou contre le diagnostic? », *Revue de médecine interne* 2009; 30:196-198.
- WEISS Marjorie Cecilia, « Diagnostic decision making: the last refuge for general practitioners? », *Social Science and Medicine* 2011; 73: 375-382.

PAROLE – LANGUE – LANGAGE

- ANSCOMBE Gertrude Elizabeth M, « En quoi consiste croire quelqu'un ? » *Klesis, revue philosophique* 2009 ;13 : 11-20.
- BELLET Maurice, *L'écoute*, Paris, Desclée de Brouwer, 1989.
- LACAN Jacques, « Discours de Rome et réponses aux interventions », *La psychanalyse* 1956, n°1, « Sur la parole et le langage », URL : <http://ecole-lacanienne.net/bibliolacan/pas-tout-lacan/>
- LACAN Jacques, « Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse » (1953/1956), *Ecrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 237-322.

Rhétorique – Communication – linguistique

- AMOSSY Ruth, « Faut-il intégrer l'argumentation dans l'analyse du discours ? Problématiques et enjeux », *Argumentation et Analyse du Discours* [En ligne], 9 | 2012, mis en ligne le 15 octobre 2012, consulté le 28 février 2018.
- ARISTOTE, *Rhétorique*, trad. Jean Lauxerois, Paris, Pocket, 2007.
- AUSTIN John Langshaw, *Quand dire, c'est faire*, Paris, Gallimard, 1970.
- BALAS EA, JAFFREY F, KUPERMAN GJ et al, « Electronic communication with patients. evaluation of distance medicine technology », *Journal of American Medical Association* 1997; 278:152-159.
- BARTHES Roland, « L'ancienne rhétorique », *Communications* 1970 ; 16 :172-223.
- BARTHES Roland, *Le Neutre, Cours au Collège de France (1977-1978)*, texte établi par Thomas Clerc, Paris, Seuil-Imec, 2002.
- BAYARD Pierre, *Enquête sur Hamlet. Le dialogue de sourds*, Paris, Minuit, 2002.
- BENVENISTE Emile, *Le vocabulaire des institutions indo-européennes . 1. Economie, parenté, société*, Paris, Les Editions de Minuit, 1969.
- BENVENISTE Emile, *Le vocabulaire des institutions indo-européennes . 2. Pouvoir, droit, religion*, Paris, Les Editions de Minuit, 1969.
- BLEAKLEY Alan, MARSHALL Robert, « Can the science of communication inform the art of the medical humanities? », *Medical Education* 2013;47:126–133.
- CASSIN Barbara, *Jacques le Sophiste ; Lacan, logos et psychanalyse*, Paris, Epel, 2012.
- COX Ken, « Stories as case knowledge: case knowledge as stories », *Medical Education* 2001;35: 862-866.

Bibliographie thématique et sélective

- COURSIL Jacques, *La fonction muette du langage : essai de linguistique générale contemporaine*, Petit-bourg (Guadeloupe), Ibis rouge éditions, et Schoelcher (Martinique), Presses universitaires créoles-GEREC, 2000.
- DANBLON Emmanuelle, *La fonction persuasive. Anthropologie du discours rhétorique : origines et actualité*, Paris, Armand Colin, 2005.
- DANBLON Emmanuelle, « Sur le paradoxe de la preuve en rhétorique », *Communications* 2009 ;1 : 9-20.
- DANBLON Emmanuelle, « La rhétorique : art de la preuve ou art de la persuasion ? », *Revue de métaphysique et de morale* 2010 ;2 : 213-231.
- DANBLON Emmanuelle, « Il y a critique et critique : épistémologie des modèles d'argumentation », *Argumentation et Analyse du Discours* [En ligne], 9 | 2012, mis en ligne le 15 octobre 2012.
- DANBLON Emmanuelle, « Quels mots pour convaincre ? », *Sciences Humaines* 2013 ; n°246 :52.
- DECLERCQ Gilles, « Politique du paradigme : argumentation et fiction dans la Rhétorique d'Aristote », *Etudes françaises* 2000 ; 36 (1) : 49-74.
- DI PIAZZA Salvatore, « Penser la précarité avec Aristote », in NICOLAS Loïc (dir), *Le Fragile et le flou, De la précarité en rhétorique*, Paris, Classiques Garnier, 2018, p.31-45.
- DUMONT Martin, *L'annonce au malade*, Paris, Presses Universitaires de France, « Questions de soin », 2015.
- DUTEIL-MOUGEL Carine, « Introduction à la rhétorique », *Texte* [en ligne], 2005. <http://www.revue-texto.net/1996-2007/Reperes/Reperes.html>.
- EBBERSMEYER Sabrina, « Conduire ou séduire la raison ? Réflexions sur l'ambivalence des émotions à partir de la Rhétorique d'Aristote », *Revue de métaphysique et de morale* 2010/2 ; 66 : 233-248.
- FOUCAULT Michel, *Dire vrai sur soi-même. Conférences prononcées à l'Université Victoria de Toronto, 1982*, Paris, Vrin, « Philosophie du présent », 2017.
- GILLIES John, MARTIN Sheehan, « Practical reasoning and decision making – Hippocrate's problem, Aristotle's answer », *British Journal of General Practice* 2002; 52: 518-519.
- GINZBURG Carlo, « Signes, traces, pistes. Racines d'un paradigme de l'indice », *Le Débat* 1980, 6, p. 3-44.
- GINZBURG Carlo, « The judge and the historian », *Critical Inquiry* 1991; 18 (1): 79-92.
- GRIMALDI William MA, « Rhetoric and truth: a note on Aristotle. Rhetoric 1355a 21-24 », *Philosophy and Rhetoric* 1990; 23 (2):141-147.
- HIPPOCRATE DE COS, « Du médecin », *Œuvres complètes, vol. 9*, trad. Emile Littré, Paris, J.-B. Baillière, 1861, p.204-21.
- HOOGAERT Corinne, « Perelman et Toulmin, Pour une rhétorique néo-dialectique », *Hermès* 1995 ;15 : 155-169.
- IJSSELING Samuel, « Rhétorique et philosophie. Platon et les Sophistes, ou la tradition métaphysique et la tradition rhétorique », *Revue Philosophique de Louvain* 1976 ; 74 (22) : 193-210.
- JOUANNA Jacques, « Rhétorique et Médecine dans la collection Hippocratique. Contribution à l'histoire de la rhétorique au Ve siècle », *Revue des Études Grecques* 1984 ; 97 (460-461) :26-44.
- KOCH-WESER S, BRADSHAW YS, GUALTIERI L, GALLAGHER SS, « The Internet as a health information source: findings from the 2007 Health Information National Trends Survey and implications for health communication », *Journal of Health Communication* 2010 ; 15 : 279-93.
- LINGARD Lorelei, « The rhetorical 'turn' in medical education: what have we learned and where are we going? », *Advances in health sciences education : Theory and Practice* 2007; 12:121-133.
- MELCER Alain, « Les enjeux philosophiques de la topique juridique selon Perelman », *Revue de métaphysique et de morale* 2010 ;2 :195-212.
- MENORET Marie, « Informer mais convaincre : incertitude médicale et rhétorique statistique en cancérologie », *Sciences sociales et santé* 2007, 25: 33-54.

Bibliographie thématique et sélective

- MICHELI Raphaël, « Les visées de l'argumentation et leurs corrélats langagiers : une approche discursive », *Argumentation et Analyse du Discours* [En ligne], 9 | 2012, mis en ligne le 15 octobre 2012.
- MICHELSTAEDTER Carlo, *La persuasion et la rhétorique ; appendices critiques*, Paris, L'Eclat, 2015.
- NICOLAS Loïc (dir), *Le Fragile et le flou, De la précarité en rhétorique*, Paris, Classiques Garnier, 2018.
- PARENT Florence, JOUQUAN Jean, KERKHOVE Leslie, JAFFRELOT Morgan, DE KETELE Jean-Marie, « Intégration du concept d'intelligence émotionnelle à la logique de l'approche pédagogique par compétences dans les curriculums de formation en santé », *Pédagogie Médicale* 2012 ; 13(3) : 183-201.
- PENDER Stephen, « Between Medicine and Rhetoric », *Early Science and Medicine* 2005 ; 10 (1): 36-64.
- PERELMAN Chaïm, *Rhétoriques*, Bruxelles, Editions de l'Université de Bruxelles, 1989.
- PERELMAN Chaïm, *L'empire rhétorique. Rhétorique et argumentation*, Paris, Vrin, 2012.
- PLATON, *Gorgias*, trad. Alfred Croiset, Paris, Les Belles Lettres, 2002.
- PUIU Cristian, *La mort de Dante Lazarescu*, film 2005.
- RIEF John Joseph, « Searching for the good life: rhetoric, medicine, and the shaping of lifestyle », University of Pittsburgh, 2012. <http://d-scholarship.pitt.edu/16842/1/RiefETDRevised.pdf>.
- ROTH Adam David, « Reciprocal influences between rhetoric and medicine in ancient Greece », Dissertation, University of Iowa, 2008. <http://ir.uiowa.edu/etd/3>
- UPSHUR Ross EG, COLAK Errol, « Argumentation and evidence », *Theoretical Medicine* 2003 ;24 :283-299.
- VIANO Cristina, « Les passions comme causes dans la Rhétorique d'Aristote : mobiles de l'action et instruments de la persuasion », *Journal of Ancient Philosophy* 2010 ; IV (1) : 1-31.
- WEBER Jean-Christophe, « Soigner sans, avec ou dans la parole : le paradigme de l'étranger (linguistique) », *Psychologie clinique* 2017/1 ;43 :51-62.
- ZUCKER Arnaud, « Une rhétorique épistémologique ? Paradoxes théoriques et pratique problématique chez Aristote », *Noesis* 2010 ;15 :13-44.

Sémiotique

- BARTHES Roland, *Le plaisir du texte*, Paris, Seuil, 1973.
- BARTHES Roland, « Sémiologie et médecine », in : *L'aventure sémiologique*, Paris, Seuil, 1985, p.273-83.
- BENVENISTE Emile, *Problèmes de linguistique générale 1*, Paris, Gallimard, « Tel », 1966.
- BENVENISTE Emile, « Sémiologie de la langue », in : *Problèmes de linguistique générale 2*, Paris, Gallimard, « Tel », 1974, p.43-66.
- BENVENISTE Emile, « La forme et le sens dans le langage », in : *Problèmes de linguistique générale 2*, Paris, Gallimard, « Tel », 1974, p.215-38.
- COURSIL Jacques, *La fonction muette du langage : essai de linguistique générale contemporaine*, Petit-bourg (Guadeloupe), Ibis rouge éditions, et Schoelcher (Martinique), Presses universitaires créoles-GEREC, 2000.
- DESCOMBES Vincent, « La confusion des langues », *Enquête* 1988 ; 6 : 35-54.
- DIDI-HUBERMAN Georges, *L'image ouverte*, Paris, Gallimard 2007.
- PEIRCE Charles Sanders, *The Collected Papers of Charles Sanders Peirce*, Electronic Edition, John DEELY (dir), reproducing Vols. I-VI ed. Charles Hartshorne and Paul Weiss (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1931-1935), Vols. VII-VIII ed. Arthur W. Burks (same publisher, 1958), 1994, <http://www.nlx.com/collections/95>.
- SAUSSURE Ferdinand de, *Cours de linguistique générale*, Tullio de Mauro (dir), Paris, Payot, 1972.

PHILOSOPHIE DE LA SANTE – PHILOSOPHIE DE LA MEDECINE

- AUCANTE Vincent, *La philosophie médicale de Descartes*, préf. Jean-Luc Marion, Paris, Presses Universitaires de France, 2006.
- BOORSE Christopher, « Health as a theoretical concept », *Philosophy of Science*, 1977,44:542-73, trad. Elodie Giroux, in *Philosophie de la médecine; santé, maladie, pathologie*, textes réunis par E. Giroux et M. Lemoine, Paris, Vrin, 2012, p.61-119.
- BOORSE Christopher, « A Second Rebuttal On Health », *Journal of Medicine and Philosophy* 2014;39: 683–724.
- CASSEL Eric, *The healer's art*, Cambridge (Massachusetts), Presses du MIT, 3e éd., 1985.
- FAGOT-LARGEAULT Anne, *Médecine et Philosophie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2010.
- GADAMER Hans-Georg, *Philosophie de la santé*, Paris, Grasset & Fasquelle et Mollat, 1998.
- HAVERKAMP B, BOVENKERK B, VERWEIJ MF, « A practice-oriented review of health concepts », *The Journal of Medicine and Philosophy* 2018; 43(4):381–401.
- LECOURT Dominique (dir) *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2004
- MUSSCHENGA Albert W, « The relation between concepts of quality-of-life, health and happiness », *Journal of Medicine and Philosophy* 1997;22:11-28.
- PELEGRINO Edmund D., « Philosophy of medicine : problematic and potential », *Journal of Medicine and Philosophy*, 1976, 1 (1): 5-31.
- PELEGRINO Edmund D, THOMASMA David C, *A philosophical basis of medical practice. Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*, New York, Oxford, Oxford University Press, 1981.
- PELEGRINO Edmund D, « What the philosophy of medicine is », *Theoretical Medicine and Bioethics* 1998;19: 315–36.
- SSEBUNNYA Gerald M, « A trifocal perspective on medicine as a moral enterprise : towards an authentic philosophy of medicine », *Journal of Medicine and Philosophy* 2015;40:8-25.
- TÖPFER Frank, WIESING Urban, « The medical theory of Richard Koch I : theory of science and ethics », *Medicine Health Care and Philosophy* 2005;8: 207-219.
- VAN LEEUWEN Evert, KIMSMA Gerrit K., « Philosophy of medical practice : a discursive approach », *Theoretical medicine* 1997;18:99-112.
- VAN SPIJK Peter, « On human health », *Medicine Health Care and Philosophy* 2015; 18:245–51.
- WEBER Jean-Christophe, *La consultation*, Paris, Presses Universitaires de France, « Questions de soin », 2017.
- ZITTOUN Robert, DUPONT Bernard-Marie (dir), *Penser la médecine, essais philosophiques*, Paris, Ellipses, 2002.

Canguilhem

- CANGUILHEM Georges, « Antiquité et actualité de l'éthique médicale », *Bulletin officiel du Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes*, 1984, 4e trim., p. 71sq.
- CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique* (1966), Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 4^e éd., 1993.
- CANGUILHEM Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences concernant le vivant et la vie*, Paris, Vrin, 7^e éd., 1994.
- « L'idée de médecine expérimentale selon Claude Bernard », in *id.*, p.127-42.
- « Théorie et technique de l'expérimentation chez Claude Bernard », in *id.*, p.143-55.
- « Claude Bernard et Bichat », in *id.*, p.156-62.
- « Thérapeutique, expérimentation, responsabilité » (1959), in *id.*, p. 383-91.

Bibliographie thématique et sélective

- « Puissance et limites de la rationalité en médecine (1978), in *id.*, p.392-412.
- « Le statut épistémologique de la médecine » (1985), in *id.*, p. 413-28.
- CANGUILHEM Georges, *Écrits sur la médecine*, Paris, Seuil, « Champ freudien », 2002.
- « L'idée de nature dans la pensée et la pratique médicale »(1972), in *id.*, p.15-31.
- « Les maladies » (1989), in *id.*, p.33-48.
- « La santé : concept vulgaire et question philosophique » (1988), in *id.*, p.49-68.
- « Une pédagogie de la guérison est-elle possible? » (1978), in *id.*, p.69-99.
- GIROUX Elodie, *Après Canguilhem. Définir la santé et la maladie*, Paris, Presses Universitaires de France, « Philosophies », 2010.
- FAGOT-LARGEAULT Anne, DEBRU Claude, MORANGE Michel, HAN Hee-Jin (dir), *Philosophie et médecine. En hommage à Georges Canguilhem*, Paris, Vrin, 2013.
- LEFEVE Céline, « Le droit à la mort peut-il être reconnu par la médecine ? À propos du dialogue radiophonique « Le droit à la mort » entre Georges Canguilhem et Henri Péquignot (1975) », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* 2010/1 ; 4 : 13-52.
- LEFEVE Céline, « De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical », *Revue de métaphysique et de morale* 2014/2 ; 82 :197-221.

POUVOIR, GOUVERNEMENT, BIOPOLITIQUE, NORMES

- AGAMBEN Giorgio, *Homo Sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*, trad. M. RAIOLA, Paris, Seuil, « L'ordre philosophique », 1997.
- AGAMBEN Giorgio, *Qu'est-ce qu'un dispositif ?*, Paris, Payot et Rivages, « Petite Bibliothèque », 2006.
- AGAMBEN Giorgio, GRELET Stany, POTTE-BONNEVILLE Mathieu, « Une biopolitique mineure – entretien avec Giorgio Agamben », *Vacarme* 2000 ;10. <http://www.vacarme.org/article255.html>.
- ALAM T, « Les mises en forme savante d'un mythe d'action publique : la sécurité sanitaire », *Genèses* 2010 ; 78 : 48-66.
- APPAY Béatrice, « De l'autonomie émancipatrice à l'injonction d'autonomie », *Vie sociale* 2012 ; 1 (1) : 29-40.
- BATAILLE Georges, « La notion de dépense », in : *La part maudite*, Minuit, 1967, p.23-45.
- BLUME Stuart S, « Histories of cochlear implantation », *Social Science and Medicine* 1999;49:1257-68.
- BOËTSCH Gilles, HERVE Christian, ROZENBERG Jacques J (dir), *Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé*, Bruxelles, De Boeck, 2007.
- BROSSAT Alain, *Droit à la vie ?*, Paris, Seuil, 2010.
- BRUNON-ERNST Anne, « Le gouvernement des normes. Jeremy Bentham et les instruments de régulation post-moderne », *Archives de Philosophie* 2015/2 ;78 : 309-322.
- BUTLER Judith, *La vie psychique du pouvoir*, Paris, Leo Scheer, 2002.
- CHAUVEAU Sophie, « L'épreuve du vivant : santé publique et marché en France depuis les années 1970 », *Le mouvement social* 2009/4 ;229 :79-101.
- CONRAD Peter, « Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology* 1992;18: 209-32.
- DENIS Baudouin, DEDOBBELEER Martine, BENABDERRAZIK Amine, BIZIMUNGU Deo-Gratias, SCIERA Virginie, « Les usagers de drogues suivis en médecine générale : recours fréquent aux services d'urgence mais pas toujours les bienvenus », *La Revue de la Médecine Générale* 2008 ; 258 :408-14.
- DESROSIERES Alain, *Gouverner par les nombres, L'argument statistique II*, Paris, Presses de l'école des Mines, 2008.
- ESCOTS Serge, « Exilé de soi, la domestication biomoléculaire à l'ère des mégaparcs humains », *Empan* 2007/2 ; 66 : 50-6.

Bibliographie thématique et sélective

- FOLSCHÉID Dominique, « La médecine entre "hubris" et "phronésis" », Colloque international du RISES, Lyon, 7-11 avril 2005.
- GIOT Jean, MEURANT Laurence (dir), *Ethique et implant cochléaire. Que Faut-il réparer ?*, Namur, Presses Universitaires de Namur, « Transhumances », 2006.
- GORI Roland, « L'art des douces servitudes », *Adolescence* 2009/2 ; 27 : 271-95.
- HACKING Ian, « Façonner les gens », *Cours au Collège de France 2004-2005*, http://www.college-de-france.fr/media/historique/UPL33228_3_ih_2005_2_.pdf.
- MEMMI Dominique, « Administration du vivant et sacralité », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire* 2005/3 ; 87 : 143-57.
- MILNER Jean-Claude, *La politique des choses. Court traité politique 1*, Lagrasse, Verdier, 2011.
- MILNER Jean-Claude, *Pour une politique des êtres parlants. Court traité politique 2*, Lagrasse, Verdier, 2011.
- QUESSADA Dominique, « De la sousveillance. La surveillance globale, un nouveau mode de gouvernementalité », *Multitudes* 2010/1 ; 40 : 54-9.
- RAFANELLI ORRA Josep, *En finir avec le capitalisme thérapeutique. Soins, politique et communauté*, Paris, La Découverte, « Les empêcheurs de penser en rond », 2011.
- RENAULT Emmanuel, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », *Multitudes* 2008/4 ; 34 : 195-205.
- ROMAINS Jules, *Knock ou le triomphe de la médecine* (1923), Paris, Gallimard, « Folio », 1972.
- ROUVROY Antoinette, BERNS Thomas, « Le nouveau pouvoir statistique. Ou quand le contrôle s'exerce sur un réel normé, docile et sans événement car constitué de corps « numériques »... », *Multitudes* 2010 ; 40 (1) : 88-103.
- SADIN Eric, *L'humanité augmentée. L'administration numérique du monde*, Montreuil, Editions l'Echappée, « Pour en finir avec », 2013.
- SCHWEYER François-Xavier, PENNEC Simone, CRESSON Geneviève, BOUCHAYER Françoise (dir), *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Paris, Editions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2004.
- SIBIREFF Anne-Marie, « L'excès, un défaut ? », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence* 2009/3 ; 77 : 13-21.
- SLOTERDIJK Peter, *Règles pour le parc humain*, suivi de *La domestication de l'Être*, Paris, Mille et une nuits, 2010.
- SUPIOT Alain, *La gouvernance par les nombres, Cours au Collège de France 2012-2014*, Paris, Fayard, 2015.
- TOURNAY Virginie, « Le concept de police médicale. D'une aspiration militante à la production d'une objectivité administrative », *Politix* 2007/1 ; 77 : 173-99.
- WEBER Jean-Christophe, « La médecine comme outil de normalisation sociale du citoyen », in : Eurocos, Humanisme et santé (dir) *Normes et procédures ; la santé entre menaces et opportunités*, Paris, Editions de santé, 2006, p 133-9.
- WEBER Jean-Christophe, « Est-il recevable et acceptable de limiter l'offre de soins ? », in : Euro Cos Humanisme et Santé (dir), *De l'accès à l'excès, évolution et ambiguïté de la demande de soins*, Paris, Éditions de santé, 2008, p. 57-64.
- WEBER Jean-Christophe, MEMMI Dominique, RUSTERHOLTZ Thierry, ALLAMEL-RAFFIN Catherine, « Le fœticide, une administration impensable de la mort ? », *Sociétés Contemporaines*, 2009 / 3 ; 75 : 17-35.
- WEBER Jean-Christophe, « Gouverner les chairs et les esprits », *Studia philosophica* 2011 ; 70 : 117-22.

Foucault

- FOUCAULT Michel, *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard, 1959.
- FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1963.
- FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité*,
tome I, *La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, « Tel », 1976.
tome II, *L'usage des plaisirs*, Paris, Gallimard, « Tel », 1984.
tome III, *Le souci de soi*, Paris, Gallimard, « Tel », 1984.
- FOUCAULT Michel, *Cours au Collège de France*, Paris, Gallimard/Seuil, « Hautes Etudes »
Le pouvoir psychiatrique, Cours au Collège de France 1973-1974, 2003.
Les Anormaux, Cours au Collège de France 1974-1975, 1999.
Il faut défendre la société, Cours au Collège de France 1976, 1997.
Sécurité Territoire population, Cours au Collège de France 1977-1978, 2004.
Naissance de la biopolitique, Cours au Collège de France 1978-1979, 2004.
Subjectivité et vérité. Cours au Collège de France 1980-1981, 2014.
L'herméneutique du sujet, Cours au Collège de France 1981-1982, 2001.
Le courage de la vérité, Le gouvernement de soi et des autres II, Cours au Collège de France 1984, 2009.
- FOUCAULT Michel, *Dits et Ecrits I. 1954-1975*, Paris, Gallimard, « Quarto », 2001.
« Introduction » à Ludwig BINSWANGER, *Le rêve et l'existence* (1954), in *id.*, texte n°1, p.73-147.
« Message ou bruit ? » (1966), in *id.*, texte n° 44, p.585-588.
- FOUCAULT Michel, *Dits et écrits II. 1976-1988*, Paris, Gallimard, « Quarto », 2001.
« Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine ? » (1976), in *id.*, texte n° 170, p.40-58.
« La naissance de la médecine sociale » (1977), in *id.*, texte n° 196, p. 207-228.
« Le jeu de Michel Foucault – entretien sur l'*Histoire de la sexualité* » (1977), in *id.*, texte n°206, p. 298-329.
« La loi de la pudeur » (1979), in *id.*, texte n° 263, p.763-777.
« 'Omnes et singulatim', vers une critique de la raison politique » (1981), in *id.*, texte n° 291, p.953-80.
« A propos de la généalogie de l'éthique : un aperçu du travail en cours » (1983), in *id.*, texte n° 326, p.1202-30.
- SCOTT Charles E, « Foucault, genealogy, ethics », *Journal of Medicine and Philosophy* 2009 ;34 :350-367.
- VEYNE Paul, *Foucault, sa pensée, sa personne*, Paris, Albin Michel, « Bibliothèque Idées », 2008.

Obésité et médicalisation de l'existence

- APFELDORFER G, *Maigrir, c'est fou*, Paris, Odile Jacob, 2000.
- APFELDORFER Gérard, ZERMATI Jean-Philippe, « La restriction cognitive face à l'obésité, histoire des idées, description clinique », *La Presse Médicale* 2001 ; 30(32) : 1575-80.
- BASDEVANT Arnaud, « Sémiologie et clinique de la restriction alimentaire », *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 1998 ; 33(4) : 235-41.
- BELLIN-LESTIENNE Constance, DESCHAMPS Valérie, NOUKPOAPE Amivi, et al., « Marqueurs de l'état nutritionnel des personnes recourant à l'aide alimentaire, étude Abena, 2004-2005 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 2006 ; 11-12 : 5-7.
- BOYER Valérie, *Rapport d'information déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en conclusion des travaux de la mission sur la prévention de l'obésité*,
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i1131.pdf>.

Bibliographie thématique et sélective

- CARRATALA-MUNUERA C, GIL-GUILLEN VF, OROZCO-Beltran D, MAIQUES-GALAN A, LAGO-DEIBE F, LOBOS-BEJARANO JM, et al, « Barriers to improved dyslipidemia control: Delphi survey of a multidisciplinary panel », *Family Practice* 2015;32:672-80.
- CONRAD Peter, SCHNEIDER Joseph W, *Deviance and medicalization, from badness to sickness*, Philadelphie, Temple University Press, 1992.
- DERIOT Gérard, *La prévention et la prise en charge de l'obésité*, Rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, déposé le 5 octobre 2005, <http://www.senat.fr/noticerap/2005/r05-008-notice.html>.
- EXPERTISE COLLECTIVE INSERM, *Obésité: Dépistage et prévention chez l'enfant*, Les Editions INSERM, 2000. <http://ist.inserm.fr/basisrapports/obesite.html>.
- FINKELSTEIN E.A., RUHM C.J., KOSA K.M., « Economic causes and consequences of obesity », *Annual Review of Public Health* 2005; 26: 239-57.
- FORLINI Cynthia, RACINE Eric, « Disagreements with implications: diverging discourses on the ethics of non-medical use of methylphenidate for performance », *BMC Medical Ethics* 2009, 10:9.
- GORI Roland, « La surmédicalisation de l'existence est un désaveu du « souci de soi » », *Champ psychosomatique* 2006 ; 42(2) : 55-83.
- HEFEZ Louise, « La dermatologie esthétique est-elle encore une médecine ? », *Revue française d'éthique appliquée* 2018 ; 5 (1) : 95-108.
- KASSIRER J.-P., ANGELL M, « Losing weight — An ill-fated new year's resolution », *The New England Journal of Medicine* 1998; 338:52-4.
- KATZ David L, « Competing dietary claims for weight loss : finding the forest through truculent trees », *Annual review of public health* 2005; 26: 61-88.
- KOUZOUKAS Demetrios L, « Legal preparedness for obesity prevention and control : the structural framework and the role of government », *Journal of Law, Medicine and Ethics* 2009; S1: 24-27.
- LEIBING Annette, KAMPF Antje, « Neither body nor brain : comparing preventive attitudes to prostate cancer and Alzheimer's disease », *Body and Society* 2013; 19(4):62-9.
- MARCUS Marsha D, WILDES Jennifer E, « Obesity in DSM-5 », *Psychiatric Annals* 2012;42:11.
- NATIONAL SUMMIT ON LEGAL PREPAREDNESS FOR OBESITY PREVENTION AND CONTROL, *Journal of Law, Medicine and Ethics* 2009; 37 (S1) : 5 -151.
- PHILLIPS James, « Managed care's reconstruction of human existence: the triumph of technical reason », *Theoretical Medicine* 2002; 23(4-5): 339-358.
- POULAIN Jean-Pierre, *Sociologies de l'alimentation*, Paris, Presses Universitaires de France, 2002.
- VINETTE Sophie, « Image corporelle et minceur : à la poursuite d'un idéal élitif », *Reflets* 2001 ; 7(1) : 129-51.
- VOLKOW N.D., O'BRIEN C.P., « Issues for DSM-V: Should obesity be included as a brain disorder? », *American Journal of Psychiatry* 2007; 164 (5):709-710.
- WEBER Jean-Christophe, « Quelques questions éthiques autour des traitements de substitution aux opiacés », *Éthique publique* [En ligne] 2006 ; 8 (2), mis en ligne le 11 septembre 2015.

PSYCHANALYSE

- ALLOUCH Jean, *La psychanalyse : une érotologie de passage*, Paris, Epel, « Cahiers de l'Unebévue », 1998.
- ALLOUCH Jean, « Perturbation dans pernépsy », *Littoral* 1988 ;26 : 63-86.
- ALLOUCH Jean, *L'éthification de la psychanalyse . Calamité*, Paris, Epel, « Cahiers de l'Unebévue », 1997.
- ALLOUCH Jean, *Le sexe de la vérité. Erologie analytique III*, Paris, Epel, « Cahiers de l'Unebévue », 1998.
- ALLOUCH Jean, *L'autresexe*, Paris, Epel, 2015.

Bibliographie thématique et sélective

- ALLOUCH Jean, *La scène lacanienne et son cercle magique ; des fous se soulèvent*, Paris, Epel, 2017.
- AMBRA Pedro, LAUFER Laurie, DA SILVA JUNIOR Nelson, « Psychanalyse et normativité : la question *cisgenre* », *Cliniques méditerranéennes* 2018/1 ; 97 : 229-242.
- ASSOUN Paul-Laurent, *Psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, 1997.
- ASSOUN Paul-Laurent, *Leçons psychanalytiques sur frères et soeurs*, Paris, Anthropos/Economica, « Poche psychanalyse », 1997.
- ASSOUN Paul-Laurent, *Le préjudice et l'idéal. Pour une clinique sociale du trauma*, Paris, Anthropos, 1999.
- ASSOUN Paul-Laurent, « La rhétorique de la jouissance. Enjeux inconscients du différend Socrate/Calliclès », in : Guy SAMAMA (dir) : *Analyses et réflexions sur Platon : Gorgias*, Paris, Ellipses, 2003, p.74-83.
- ASSOUN Paul-Laurent, *Dictionnaire des œuvres psychanalytiques*, Paris, Presses Universitaires de France, 2009.
- ASSOUN Paul-Laurent, « L'exemple comme la chose même. Le cas et son sujet », *Psychologie Clinique* 2017/2 ; 44 : 86-98.
- BAAS Bernard, *Y a-t-il des psychanalystes sans-culottes ? Philosophie, psychanalyse et politique*, Toulouse, Erès-Arcanes, « Hypothèses », 2012.
- CONSTANTOPOULOS Michel, *La tragédie de l'inconscient*, Paris, Arcanes, « Hypothèses », 1995.
- LE GAUFEY Guy, *L'incomplétude du symbolique*. Paris, Epel, 1991.
- LE GAUFEY Guy, *Anatomie de la troisième personne*, Paris, Epel, 1999.
- LE GAUFEY Guy, *L'objet a ; approches de l'invention de Lacan*, Paris, Epel, « Essais », 2012.
- LE GAUFEY Guy, *Hiatus sexualis. Du non-rapport sexuel selon Lacan*, Paris, Epel, « Essais », 2013.
- LE GAUFEY Guy, *Une archéologie de la toute-puissance*, Paris, Epel, « Essais », 2014.
- NACHT Sacha, *La Psychanalyse d'aujourd'hui*, Paris, Presses Universitaires de France, 1956.
- SOREL Pierre, « L'analyste, objet dans la cure, la question de l'agalma », *Analyse Freudienne Presse* 2005; 12 (2) : 39-44.
- WEBER Jean-Christophe, « La psychanalyse au cœur de la médecine », *Le Coq-Héron* 1999 ;158: 23-31.
- WINNICOTT Donald W, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.
- WINNICOTT Donald W, *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, « Folio essais », 1975.
- WINNICOTT Donald W, « Vivre créativement », in : *Conversations ordinaires*, Paris, Gallimard, « Folio essais », 1988.

Freud

- ASSOUN Paul-Laurent, *Introduction à l'épistémologie freudienne*, Paris, Payot, 1981.
- ASSOUN Paul-Laurent, « Le sujet de l'oubli selon Freud », *Communications* 1989 ; 49 La mémoire et l'oubli : 97-111.
- ASSOUN Paul-Laurent, *Introduction à la métapsychologie freudienne*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2013.
- CARASSO Françoise, *Freud médecin*, Paris, Actes Sud, 1992.
- FORRESTER Viviane, *La violence du calme*, Paris, Seuil, 1987.
- FREUD Sigmund, « Traitement psychique (traitement de l'âme) » (1890), in : *Résultats, Idées, Problèmes, Tome I (1890-1920)*, trad. M Borch-Jacobsen, P Koeppel, F Scherrer, Paris, Presses Universitaires de France, 1998.
- FREUD Sigmund, « Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques » (1893), in : *Résultats, Idées, Problèmes, Tome I (1890-1920)*, Paris, Presses Universitaires de France, 1998, p.45-59

Bibliographie thématique et sélective

- FREUD Sigmund, « Esquisse d'une psychologie scientifique » (1895), in : *La naissance de la psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, 6^e éd., 1991.
- FREUD Sigmund, « La sexualité dans l'étiologie des névroses » (1898), *Œuvres complètes vol. III*, Paris, Presses Universitaires de France, 2005.
- FREUD Sigmund, « Sur les souvenirs écrans » (1899), trad. D Berger, P Bruno, D Guérineau, F Oppenot, in : *Névrose, psychose et perversion*, Paris, Presses Universitaires de France, 6^e éd., 1988, p.113-132.
- FREUD Sigmund, *Die Traumdeutung* (1900), trad. I Meyerson, *L'interprétation des rêves*, Paris, Presses Universitaires de France, 1987.
- FREUD Sigmund, « Sur la psychopathologie de la vie quotidienne » (1901), *Œuvres complètes vol. V*, Paris, Presses Universitaires de France, 2012, p.73-376.
- FREUD Sigmund, « Le trait d'esprit et sa relation avec l'inconscient » (1905), *Œuvres Complètes, vol. VII*, Paris, Presses Universitaires de France, 2014.
- FREUD Sigmund, *Trois essais sur la théorie sexuelle* (1905), trad. Philippe Koeppel, Paris, Gallimard, « Folio Essais », 1987.
- FREUD Sigmund, « Remarques sur un cas de névrose de contrainte » (1909), in *Œuvres complètes, vol IX*, Paris, Presses Universitaires de France, 1998, p. 131-214.
- FREUD Sigmund, *L'Homme aux rats, Journal d'une analyse* (1909), Paris, Presses Universitaires de France, 1984.
- FREUD Sigmund, « Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci » (1910), in *Œuvres complètes, vol X*, Paris, Presses Universitaires de France, 1993, p. 79-164.
- FREUD Sigmund, « Formulations sur les deux principes de l'advenir psychique » (1911), *Œuvres Complètes, vol.XI*, Paris, Presses Universitaires de France, 1998, p. 11-21.
- FREUD Sigmund, « Conseils au médecin dans le traitement psychanalytique » (1912), trad. R. Lainé, *Œuvres Complètes, vol.XI*, Paris, Presses Universitaires de France, 1998, p.143-154. « Conseils aux médecins sur le traitement analytique », *La technique psychanalytique*, trad. Anne Berman, Paris, Presses Universitaires de France, 9^e édition, 1989.
- FREUD Sigmund, « Sur l'engagement du traitement » (1913), *Œuvres complètes vol.XII*, Paris, Presses Universitaires de France, 2005.
- FREUD Sigmund, « Pulsions et destins des pulsions », in *Métapsychologie* (1915), trad. J. Laplanche et JB Pontalis, Paris, Gallimard, « Folio essais », 1968.
- FREUD Sigmund, *Introduction à la psychanalyse* (1916-17), trad. S. Jankélévitch, Paris, Payot, « Petite Bibliothèque », 1961.
- FREUD Sigmund, « Une difficulté de la psychanalyse » (1917), *Œuvres Complètes, vol. XV (1916-1920)*, Paris, Presses Universitaires de France, 2006, p. 50.
- FREUD Sigmund, « Au-delà du principe de plaisir » (1920), trad. S. Jankélévitch, *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981.
- FREUD Sigmund, « Psychologie des masses et analyse du moi » (1921), *Œuvres complètes vol. XVI*, Paris, Presses Universitaires de France, 2010.
- FREUD Sigmund, « La négation » (1925), trad. Jean Laplanche, *Œuvres Complètes, vol. XVII*, Paris, Presses Universitaires de France, 2006, p.165-71.
- FREUD Sigmund, *Sigmund Freud présenté par lui-même* (1925), trad. F. Cambon, Paris, Seuil, « Folio Essais », 1984.
- FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane » (1926), trad. J. Altounian, A. Bourguignon, P.Cotet, A. Rauzy, *Œuvres Complètes Tome XVIII 1926-1930*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994, p.1-92.
- FREUD Sigmund, « Le malaise dans la culture » (1930), trad. P. Cotet, R. Lainé, J. Stute-Cadiot, *Œuvres Complètes Tome XVIII 1926-1930*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994, p.245-333.

Bibliographie thématique et sélective

- FREUD Sigmund, *Nouvelles conférences sur la psychanalyse* (1932), trad. Anne Berman, Paris, Gallimard, 1971, édition électronique
http://www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html.
- FREUD Sigmund, « L'analyse avec fin et l'analyse sans fin » (1937), in : *Résultats, Idées, Problèmes, II*, Paris, Presses Universitaires de France, 1992.
- FREUD Sigmund, *Abrégé de psychanalyse* (1938), trad. Anne Berman, Paris, Presses Universitaires de France, 10^e édition, 1985.
- FREUD Sigmund, FERENCZI Sandor, *Correspondance Tome I, 1908-1914*, Paris, Calmann-Lévy, 1992.
- FREUD Sigmund, FERENCZI Sandor, *Correspondance Tome II, 1914-1919*, Paris, Calmann-Lévy, 1996.
- FREUD Sigmund, FERENCZI Sandor, *Correspondance Tome III, 1920-1933, Les années douloureuses*, Paris, Calmann-Lévy, 2000.
- FREUD Sigmund, BINSWANGER Ludwig, *Correspondance 1908-1938*, Paris, Calmann-Lévy, 1995.
- G. Anna, *Mon analyse avec le professeur Freud*, Anna KOELLREUTER (dir), trad. JC Capèle, Paris, Aubier, 2010.
- RICOEUR Paul, *De l'interprétation ; essai sur Freud*, Paris, Seuil, « Points », 1965.
- SCHUR Max, *La mort dans la vie de Freud*, Paris, Gallimard, « Tel », 1975.
- SCHNEIDER Monique, « Palper la cicatrice », *Revue française de psychosomatique* 2010/2 ; 38 : 53-64.

Lacan

- ALLOUCH Jean, *L'amour Lacan*, Paris, Epel, 2009.
- ALLOUCH Jean, « Jacques Lacan démantelant sa propre clinique », *Recherches en psychanalyse* 2010 ; 10 (2) : 213-219.
- BIBLIOTHEQUE DU COLLEGE INTERNATIONAL DE PHILOSOPHIE, *Lacan avec les philosophes*, Paris, Albin Michel, 1991.
- LACAN Jacques, *Ecrits*, Paris, Seuil, 1966.
- « Au-delà du 'Principe de réalité' » (1936), in *id.*, p.73-92.
 - « L'agressivité en psychanalyse » (1948), in *id.*, p. 101-24.
 - « Introduction théorique aux fonctions de la psychanalyse en criminologie » (1950), in *id.*, p.125-50.
 - « Propos sur la causalité psychique » (1946), in *id.*, p.151-96.
 - « Le temps logique et l'assertion de certitude anticipée » (1945), in *id.*, p.197-214.
 - « Intervention sur le transfert » (1951), in *id.*, p.215-28.
 - « Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse » (1953/1956), in *id.*, p. 237-322.
 - « La direction de la cure et les principes de son pouvoir » (1958), in *id.*, p.585-645.
 - « A la mémoire d'Ernest Jones. Sur sa théorie du symbolisme (1960), in *id.*, p.697-717.
 - « Remarque sur le rapport de Daniel Lagache : "Psychanalyse et structure de la personnalité" » (1961), in *id.*, p.647-84.
 - « La signification du phallus » (1958), in *id.*, p.685-96.
 - « Kant avec Sade » (1963), in *id.*, p.765-790.
 - « Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien » (1960), in *id.*, p. 793-827.
 - « Position de l'inconscient » (1964), in *id.*, p.829-50.
 - « Du "Trieb" de Freud et du désir du psychanalyste » (1964), in *id.*, p.851-4.
 - « La science et la vérité » (1965), in *id.*, p.855-96.
- LACAN Jacques, *Autres Ecrits*, Paris, Seuil, 2001.
- « Les complexes familiaux dans la formation de l'individu » (1938), in *id.*, p.23-84.

Bibliographie thématique et sélective

- « Proposition du 9 octobre 1967 sur le psychanalyste de l'Ecole », in *id.*, p.243-259.
- « Radiophonie » (1970), in *id.*, p.403-447.
- « L'étourdit » (1972), in *id.*, p.449-495.
- « Télévision » (1973), in *id.*, p.509-546.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre I, Les écrits techniques de Freud (1953-1954)*, texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris, Seuil, « Points essais », 1998.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre II, Le Moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse (1954-1955)*, texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris, Seuil, 1978.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre III, Les psychoses (1955-1956)*, Paris, Seuil, 1981.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre IV, La relation d'objet (1956-1957)*, texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris, Seuil, 1994.
- LACAN Jacques, *Le séminaire, Livre V, Les formations de l'inconscient (1957-1958)*, texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris, Seuil, 1998.
- LACAN Jacques, *Le séminaire, Livre VI, Le désir et son interprétation (1958-1959)*, texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris, Seuil, 2013.
- LACAN Jacques, *Le séminaire, Livre VII, L'Éthique de la psychanalyse (1959-1960)*, texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris, Seuil, 1986.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre VIII, Le transfert*, Paris, Seuil, 1991.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse (1963-1964)*, texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris, Seuil, 1973.
- LACAN Jacques *Le Séminaire, Livre XVI, D'un autre à l'Autre (1968-1969)*, texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris, Seuil, 2006.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire Livre XIX,...ou pire, (1971-1972)*, texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris, Seuil, 2011.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre XX, Encore, (1972-73)*, Paris, Seuil, 1975.
- LACAN Jacques, « Préface de *À propos de l'éveil du printemps* », trad. François Régnault, Paris, Christian Bourgois éditeur, 1974, p. 7-10.
- LACAN Jacques, *Le triomphe de la religion, précédé de Discours aux catholiques*, Paris, Seuil, 2005
- LACAN Jacques, « Le symbolique, l'imaginaire et le réel », in : *Des noms-du-père*, Paris, Seuil, 2005.
- LACAN Jacques, « Structures des psychoses paranoïaques », *Semaine des Hôpitaux de Paris* 1931; 14 : 437-45.
- LACAN Jacques, « Psychologie et esthétique », compte-rendu de Eugène MINKOWSKI, *Le temps vécu. Études phénoménologiques et psycho-pathologiques, Recherches philosophiques* 1935, fac. 4 : 424-31.
- LACAN Jacques, « Intervention sur l'exposé de J. Rouart 'Du rôle de l'onirisme dans les psychoses de type paranoïaque et maniaque-dépressif' », *L'Évolution Psychiatrique* 1936 ;4 : 87-9.
- LACAN Jacques, « Intervention sur l'exposé de D. Lagache 'Passions et psychoses passionnelles' au Groupe de l'Évolution Psychiatrique » *Évolution Psychiatrique* 1936, fasc. 1 :25-7.
- LACAN Jacques, « Intervention au premier congrès mondial de psychiatrie » 1950.
- LACAN Jacques, « Intervention lors de la discussion des rapports théorique et clinique », *Revue française de psychanalyse* 1951 ; XV : 84-88.
- LACAN Jacques, « Symbolique, Imaginaire, réel », 8 juillet 1953.
- LACAN Jacques, « Le Mythe individuel du névrosé ou poésie et vérité dans la névrose » (1953) *Ornicar ?* 1978 ; 17-18 : 290-307.
- LACAN Jacques, « Alla Scuola Freudiana », *Lacan in Italia 1953-1978. En Italie Lacan*, Milan, La Salamandra, 1978,p. 104-47.

LACAN Jacques, « Introduction à l'édition allemande d'un premier volume des Écrits », *Scilicet* 1975 ;5 : 11-7.

RELATION MEDECIN-MALADE, TRANSFERT (VOIR AUSSI EROTIQUE)

AHLUWALIA S, MURRAY E, STEVENSON F, KERR C, BURNS J, « 'A heartbeat moment': qualitative study of GP views of patients bringing health information from the internet to a consultation », *British Journal of General Practice* 2010;60 (571): 88-94.

AHMAD F, HUDAK PL, BERCOVITZ K, HOLLENBERG E, LEVINSON W, « Are Physicians Ready for Patients With Internet-Based Health Information? », *Journal of Medical Internet Research* 2006; 8 (3): e22.

ASSOUN Paul Laurent, *Leçons psychanalytiques sur le transfert*, Paris, Anthropos/Economica, 3^e éd., 2011.

AULAGNIER Piera, Le « désir de savoir » dans ses rapports à la transgression. *L'inconscient* 1967, n°1, p 109-125.

BALINT Michael et Enid, *Techniques psycho-thérapeutiques en médecine*, Paris, Payot, « Petite Bibliothèque », 1976.

BALL MJ, LILLIS J, « E-health: transforming the physician:patient relationship », *International Journal Medical Informatics* 2001 ; 61 : 1-10.

BASS Henri-Pierre, VANIER Alain, MATHELIN-VANIER Catherine, « Psychanalyse et médecine, aujourd'hui », *Le Journal des psychologues* 2015/8 ; 330 : 53-9.

DELMAR Charlotte, « Beyond the drive to satisfy needs: in the context of health care », *Medicine, Health Care and Philosophy* 2013; 16:141-9.

DEVEUGELE Myriam, DERESE Anselm, VAN DEN BRINK-MUINEN Atie, BENSING Jozien, DE MAESENEER Jan, « Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries », *British Medical Journal* 2002; 325:472.

DUMONT Martin, *L'annonce au malade*, Paris, Presses Universitaires de France, « Questions de soin », 2015.

EMANUEL Ezekiel J, EMANUEL Linda L, « Four models of the physician-patient relationship », *JAMA* 1992; 267 (16):2221-6.

ETIENNE Loïc, *La mort du sorcier*, Paris, Albin Michel, 1993.

FAINZAING Sylvie, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, Presses Universitaires de France, « Ethnologies », 2006.

FEDIDA Pierre, *Crise et contre-transfert*, Paris, Presses Universitaires de France, 1992.

FOLSCHIED Dominique, « La relation médecin-patient », in : FOLSCHIED D, FEUILLET-LE MINTIER B, MATTEI JF (dir), *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, Paris, Presses Universitaires de France, « Thémis Philosophie », 1997, p.247.

FREUD Sigmund, « Sur la dynamique du transfert » (1912), trad. A Rauzy, *Œuvres Complètes, vol.XI*, Paris, Presses Universitaires de France, 1998, p.105-116. « La dynamique du transfert », *La technique psychanalytique*, trad. Anne Berman, Paris, Presses Universitaires de France, 9^e édition, 1989, p.50-60.

FREUD Sigmund, « Observations sur l'amour de transfert » (1915), *La technique psychanalytique*, trad. Anne Berman, Paris, Presses Universitaires de France, 9^e édition, 1989, p. 116-130.

FREUD Sigmund, *Introduction à la psychanalyse* (1916-17), trad. S. Jankélévitch, Paris, Payot, « Petite Bibliothèque », 1961.

FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane » (1926), trad. J. Altounian, A. Bourguignon, P.Cotet, A. Rauzy, *Œuvres Complètes Tome XVIII 1926-1930*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994, p.1-92.

Bibliographie thématique et sélective

- GUERIN Anne, CACHARD Claudie (dir), *Manuel poétique et pratique à l'usage des soignants et autres curieux*, Paris, Presses Universitaires de France, « Questions de soin », 2013.
- ISRAËL Lucien, *Le médecin face au malade*, Bruxelles, Mardaga, 1968.
- ISRAËL Lucien, *L'hystérique, le sexe et le médecin*, Paris, Masson, « Médecine et psychothérapie », 1985.
- ISRAËL Lucien, *Le médecin face au désir*, Toulouse, Erès Arcanes, « Hypothèses », 2007.
- « La demande du malade », in *id.*, p. 181-201.
- « La maladie iatrogène I et II », in *id.*, p.295-316.
- « De quelques motifs d'inadaptation à la profession médicale », in *id.*, p. 135-47.
- KREBS EE, GARRETT JM, KONRAD TR, « The difficult doctor? Characteristics of physicians who report frustration with patient : an analysis of survey data », *BioMed Central Health Services Research* 2006; 6: 128.
- LACAN Jacques, « Intervention sur le transfert » (1951), *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p.215-28.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre VIII, Le transfert*, Paris, Seuil, 1991.
- LACAN Jacques, « La direction de la cure et les principes de son pouvoir » (1958), *Ecrits*, Paris, Seuil, 1966, p.585-645.
- LAIN ENTRALGO Pedro, *Le médecin et le malade*, Paris, Hachette, « L'univers des connaissances », 1969.
- LAUDE Anne, « Les médecins et les malades face au droit », *Revue française d'administration publique* 2005 ;113 (1) : 113-20.
- LEFEVE Céline, « Peut-il seulement y avoir de bons médecins ? La relation médecin-malade selon Georges Canguilhem », in CRIGNON-DE OLIVEIRA Claire, GAILLE Marie (dir.), *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ?* Paris, Seli Arslan, 2010, p.16-33.
- LEFF Gloria, *Portraits de femmes en analystes. Lacan et le contre-transfert*, Paris, Epel, « essais », 2009.
- LEVINE Susan B, « The Doctor-Patient tie in Plato's *Laws* : a backdrop to reflection », *Journal of Medicine and Philosophy* 2012;37:351-372.
- LUCHELLI Juan Pablo, *Le transfert, de Freud à Lacan*, Thèse de Psychologie, Université de Rennes 2, 2007.
- LUCHELLI Juan Pablo, « La lecture lacanienne du Banquet de Platon », *Cliniques méditerranéennes* 2011/2 ; 84 : 215-27.
- MACKENZIE C, « Relational autonomy, normative authority and perfectionism », *Journal of Social Philosophy* 2008 ;39:512-33.
- PIERRON Jean-Philippe, « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences sociales et santé* 2007 ; 25 (2) : 43-66.
- PLANT Bob, « Levinas in therapy », *Theory and Psychology* 2018; 28 (3) : 279-297.
- POISSON Michel, « Au-delà du cure et du care : l'histoire de la relation médecin malade comme source de réflexion pour penser la relation infirmière-malade au XXIème siècle », *Recherche en soins infirmiers* 2015/3 ;122 : 26-38.
- POMEY Marie-Pascale, FLORA Luigi, KARAZIVAN Philippe *et al.*, « Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé », *Santé Publique* 2015/HS (S1) : 41-50.
- SPRANZI Martha, « Humanité et maltraitance ordinaire : leçons de quelques lettre de plainte de patients hospitalisés », in : CRIGNON-DE OLIVEIRA Claire, GAILLE Marie (dir.), *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ?* Paris, Seli Arslan, 2010, p.284-299.
- STEIN Conrad, « À propos de l'amour de transfert. Revendication érotique génitale, détresse d'enfant », *Imaginaire & Inconscient* 2001/2 ; 2 : 71-7.
- WEBER Jean-Christophe, « Traiter quoi, soigner qui ? », *Cahiers philosophiques* 2011 ;2 : 7-29 .

Bibliographie thématique et sélective

- WEBER Jean-Christophe, « Clinique des malentendus, malentendus dans la clinique médicale », *Revue des Sciences Sociales* 2013 ; n°50 : 102-9.
- WINNICOTT Donald W, « Cure », in : *Conversations ordinaires*, Paris, Gallimard, « Folio essais », 1988. Texte repris et commenté dans MARIN Claire, WORMS Frédéric (dir), *A quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott*, Paris, Presses Universitaires de France, « Questions de soin », 2015.
- Relation médecin -malade et internet**
- BECK François, NGUYEN-THANH Viêt, RICHARD Jean-Baptiste, RENAHY Emilie, « Usage d'internet : les jeunes, acteurs de leur santé ? », *Agora débats/jeunesses* 2013 ; 1 (63) :102-112.
- BYLUND CL, GUEGUEN JA, SABEE CM, IMES RS, LI Y, SANFORD AA, « Provider–patient dialogue about internet health information: an exploration of strategies to improve the provider–patient relationship », *Patient Education and Counseling* 2007 ; 66 : 346–52.
- BRONNER Géraud, « Ce qu'Internet fait à la diffusion des croyances », *Revue européenne des sciences sociales* 2011 ;49(1) :35-60.
- BURKLE Christopher M, KEEGAN Mark T, « Popularity of internet physician rating sites and their apparent influence on patients' choices of physicians » *BMC Health Services Research* 2015 ;15: 416.
- GARIBALDI RA, « Computers and the quality of care », *New England Journal of Medicine* 1998;338: 259-260.
- GIVEON S, YAPHE J, HEKSELMAN I, MAHAMID S, HERMONI D, « The e-Patient: a survey of Israeli primary care physicians' responses to patients' use of online information during the consultation », *Israel Medical Association Journal* 2009;11 (9): 537–41.
- HALLEM Yousra, BARTH Isabelle, TRIKI Abdelfattah, « Les nouveaux comportements d'achat dans le tourisme de santé : quand Internet s'en mêle » *Management et Avenir* 2015/3 ; 77 :15-33.
- HARTZBAND Pamela, GROOPMAN Jerome, « Untangling the Web – Patients, Doctors, and the Internet », *New England Journal of Medicine* 2010 ;362 (12) :1063-1066.
- HOU J, SHIM M, « The role of provider–patient communication and trust in online sources in Internet use for health-related activities », *Journal of Health Communication* 2010 ; 15 (S3) : 186-99.
- KASSIRER JP, « Patients, physicians, and the Internet », *Health Affairs* 2000 ; 19 : 115-23.
- KIVITS J, LAVIELLE C, THOËR C, « Internet et santé publique : comprendre les pratiques, partager les expériences, discuter les enjeux », *Santé publique* 2009 ; 21 (HS) : 7-12.
- LEMIRE M, SICOTTE C, PARÉ G, « Internet use and the logics of personal empowerment in health », *Health Policy* 2008 ; 88 : 130-40.
- LU Tian, XU Yunjie, WALLACE Scott, « Internet usage and patient's trust in the physician during diagnoses : a knowledge power perspective » *Journal of the Association for Information Science and Technology* 2018; 69(1):110-120.
- MILNER Jean-Claude, *Le Juif de savoir*, Paris, Grasset et Fasquelle, 2006.
- NABARETTE H, « L'internet médical et la consommation d'information par les patients », *Réseaux* 2002 ; 114 : 251-86.
- PARIZEL Elisabeth, MARREL Philippe, WALLSTEIN René, « La médecine 4.0. Mariage d'internet et de la médecine », *Etudes* 2017 ; 2 :41-52.
- RENAHY Emilie, PARIZOT Isabelle, CHAUVIN Pierre, « Determinants of the frequency of online health information seeking: results of a web-based survey conducted in France in 2007 », *Informatics for Health and Social Care* 2010 ; 35 : 25-39.
- ROMYER Hélène, « La santé en ligne : des enjeux au-delà de l'information », *Communication* 2012 ;30(1) :1-22.
- SECHREST RC, « The Internet and the physician-patient relationship », *Clinical orthopaedics and related research* 2010 ; 468 : 2566-71.

Bibliographie thématique et sélective

- SIMON C, SCHRAMM S, HILLIS S, « Patient internet use surrounding cancer clinical trials : clinician perceptions and responses », *Contemporary Clinical Trials* 2010 ; 31 : 229-34.
- TAN Sharon Swee-Lin, GOONAWARDENE Nadee, « Internet health information seeking and the patient-physician relationship : a systematic review », *Journal of Medical Internet Research* 2017;19(1):1-15.
- THOËR Christine, « Internet : un facteur de transformation de la relation médecin-patient ? », *Communiquer* 2013 ;10 :1-24.
- TUSTIN N, « The role of patient satisfaction in online health information seeking », *Journal of Health Communication* 2010 ; 15 : 3-17.
- VAN UDEN-KRAAN CF, DROSSAERT CHC, TAAL E, SMIT WM, SEYDEL ER, VAN DE LAAR MAFJ, « Experiences and attitudes of Dutch rheumatologists and oncologists with regard to their patients' health-related Internet use », *Clinical Rheumatology* 2010; 29 : 1229–36.
- WALD HS, DUBE CE, ANTHONY DC, « Untangling the Web—The impact of Internet use on health care and the physician–patient relationship », *Patient Education and Counseling* 2007 ; 68: 218–24.
- WEBER Jean-Christophe, « Diffusion des connaissances ou des croyances ? Un défi pour la pratique », in EUROCOS, HUMANISME ET SANTE (dir), *Internet des promesses pour la santé ?* Paris, Editions de santé, 2011, p.85-97.
- WEBER Jean-Christophe, « L'impact de l'Internet sur la relation médecin-malade », *Ethique et santé* 2012 ; 9 : 101-106.
- WONG Carmen, HARRISON Christopher, BRITT Helena, HENDERSON Joan, « Patient use of the internet of health information », *Australian Family Physician* 2014;43(12):875-877.

SOCIETE - SOCIOLOGIE – ANTHROPOLOGIE - POLITIQUE

- ALLORY Emmanuel, BANATRE Agnès, BOURBONNOIS Eléonore, et al., « Les attentes d'usagers d'un quartier prioritaire en termes de santé : une enquête qualitative », *Santé Publique* 2017 ; 29 (4) : 535-45.
- AUBERT Nicole (dir), *L'individu hypermoderne* (2004), Toulouse, Erès, 2017.
- BAUMAN Zygmunt, *Vies perdues. La modernité et ses exclus* (2004), Paris, Payot et Rivages, « Petite Bibliothèque », 2009
- BAUMAN Zygmunt, *Le présent liquide. Peurs sociales et obsession sécuritaire*, trad. Laurent Bury, Paris, Seuil, 2007.
- BEAUD Stéphane, CONFAYREUX Joseph, LINDGARD Jade (dir), *La France invisible*, Paris, La Découverte, 2006.
- BECK Ulrich, *La société du risque ; sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion, 2008.
- BERG Marc, « The construction of medical disposals. Medical sociology and medical problem solving in clinical practice », *Sociology of Health & Illness* 1992; 14 (2): 151-180.
- BOLTANSKI Luc, THEVENOT Laurent, *De la justification*, Paris, Gallimard, 1991.
- BOLTANSKI Luc, *La condition fœtale, une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard, 2004.
- BOUVET Olivier, FLOCH Stéphane, « Manouches et Roms. Représentations sociales des personnels soignants : stigmatisation, déviance, étiquetage, stratégies », *Spécificités* 2012/1 ; n°5 : 257-74.
- CAILLE Alain (dir), *La quête de reconnaissance, nouveau phénomène social total*, Paris, La Découverte, « Bibliothèque du M.A.U.S.S. », 2007.
- CASILLI A, « Usages numériques en santé : conflictualité épistémique et sociale dans les communautés de patients en ligne », in : Euro-Cos, Humanisme et santé (dir), *Internet : des promesses pour la santé ?*, Paris, Editions de Santé 2011, p.181-91.
- CASTEL Robert, *Les métamorphoses de la question sociale* (1995), Paris, Gallimard, « Folio essais », 2009.

Bibliographie thématique et sélective

- CASTEL Robert, *La montée des incertitudes ; travail, protections, statut de l'individu*, Paris, Seuil, 2009.
- CASTEL Robert, « La face cachée de l'individu hypermoderne : l'individu par défaut », in AUBERT Nicole (dir), *L'individu hypermoderne* (2004), Toulouse, Erès, 2017, p.161-75.
- CHAUVIER E, *Anthropologie de l'ordinaire. Une conversion du regard*, Toulouse, Anacharsis, 2011.
- DE CERTEAU Michel, *L'invention du quotidien, tome 1, les arts de faire*, Paris, Gallimard, « Folio Essais », 1990.
- DELEUZE Gilles, « Les sociétés de contrôle », in *Pourparlers.1972-1990*, Paris, Minuit, 1990.
- DEMAILLY Lise, GARNOUSSI Nadia (dir), *Aller mieux. Approches sociologiques*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, 2016.
- DE MARTINO Ernesto, *Il mondo magico* (1948), trad. Marc Baudoux, *Le Monde magique*, Paris, Sanofi-Synthélabo, « Les empêcheurs de penser en rond », 1999.
- DESCOLA Philippe, *L'écologie des autres. L'anthropologie et la question de la nature*, Versailles, Quae, 2011.
- DESPRES Caroline, GOTTOT Serge, MELLERIO Hélène, TEIXEIRA Maria, *Regards croisés sur la santé et la maladie. Recherches anthropologiques, recherches cliniques*, Paris, Editions des archives contemporaines, 2016.
- DUMEZ Hervé (dir), *Rendre des comptes. Nouvelle exigence sociétale*, Paris, Dalloz, 2008.
- EHRENBERG Alain, *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998.
- ELIAS Norbert, *La civilisation des mœurs* [1939], Paris, Calmann-Lévy, « Agora /Pocket », 1973.
- ELIAS Norbert, *La dynamique de l'Occident* [1939], Paris, Calmann-Lévy, « Agora /Pocket », 1975.
- ELSTER Jon, *Le désintéressement. Traité critique de l'homme économique I*, Paris, Seuil, 2009.
- FASSIN Didier, *Des maux indicibles. Sociologie des lieux écoute*, Paris, La Découverte, 2004.
- FASSIN Didier, *La Raison humanitaire*, Paris, Gallimard/Seuil, 2010.
- FISCHLER Claude, *L'omnivore*, Paris, Odile Jacob, 1990.
- GAUCHET Marcel, « Trois figures de l'individu », *Le Débat* 2010 ; n° 160 : 72-78.
- GOFFMAN Erving, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit, 1975.
- GOFFMAN Erving, *La Mise en scène de la vie quotidienne. II, Les relations en public*, Paris, 1973.
- HALPERN Catherine (dir), *La Santé. Un enjeu de société*, Auxerre, Sciences Humaines Editions, 2010.
- HARDY Anne-Chantal, LE BODIC Cédric (dir), *Prescrire-Proscrire, Enjeux de la médecine*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2012.
- HINTERMEYER Pascal, LE BRETON David, PROFITA Gabriele (dir), *Les malentendus culturels dans le domaine de la santé*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 2015.
- HONNETH Axel, « Visibilité et invisibilité. Sur l'épistémologie de la « reconnaissance », *Revue du MAUSS*, 2004/1 ; 23 :137-151.
- HONNETH Axel, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Cerf, 2007.
- INGOLD Tim, *Faire : anthropologie, archéologie, art et architecture*, Editions Dehors, 2017.
- LANG Thierry, KELLY-IRVING Michelle, LAMY Sébastien, LEPAGE Benoit, DELPIERRE Cyrille, « Construction de la santé et des inégalités sociales de santé : les gènes contre les déterminants sociaux ? », *Santé Publique* 2016 ;28 (2) :169-79.
- LAPLANTINE François, *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, 1986.
- LE BRETON David, *La sociologie du corps*, Paris, Presses Universitaires de France, 1992.
- LE BRETON David, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, Presses Universitaires de France, 1992.
- LE BRETON David, *La chair à vif ; usages médicaux et mondains du corps humain*, Paris, Métailié, 1993.
- LE BRETON David, *Anthropologie de la douleur*, Paris, Editions Métailié, 2012.

Bibliographie thématique et sélective

- LE HENAFF Yannick, HEAS Stéphane, BODIN Dominique, ROBENE Luc, « Hématomes, éraflures, cicatrices. Les marques corporelles (involontaires ?) comme *métis* du rugby », *Revue du MAUSS*, 2008/2 ; n° 32 : 553-574.
- MACIA Enguerran, CHEVE Dominique, « Vieillir en beauté ? Transformations et pratiques corporelles des femmes », *Gérontologie et société* 2012/1 ; 140 : 23-35.
- MARX Karl, *Manuscrits économique-philosophiques de 1844*, trad. Franck Fischbach, Paris, Vrin, 2014.
- MASSE Raymond, « Les conditions d'une anthropologie sémiotique de la détresse psychologique », *Recherche sémiotique / Semiotic Inquiry* (RSSI), 1999, 19 (1) : 39-62.
- MAURIN Eric, *L'égalité des possibles. La nouvelle société française*, Paris, Seuil, 2002.
- MAUSS Marcel, *Manuel d'ethnographie* (1926), édition électronique Jean-Marie TREMBLAY, Chicoutimy, Les classiques des sciences sociales, <http://bibliotheque.uqac.quebec.ca/index.htm> 2002.
- MAUSS Marcel, *Essai sur le don, Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques* (1923-1924), édition électronique Jean-Marie TREMBLAY, Chicoutimy, Les classiques des sciences sociales, http://www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html.
- MEMMI Dominique, *Les gardiens du corps, Dix ans de magistère bioéthique*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1996.
- MEMMI Dominique, « La biopolitique déléguée », in Dominique FASSIN et Dominique MEMMI (dir), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2004.
- MEMMI Dominique, GUILLO Dominique, MARTIN Olivier (dir.), *La tentation du corps ; corporéité et sciences sociales*, Paris, Éditions de l'EHESS, « Cas de figure », 2009.
- MEMMI Dominique, *La revanche de la chair ; essai sur les nouveaux supports de l'identité*, Paris, Seuil, 2014.
- MEMMI Dominique, RAVENEAU Gilles, TAÏEB Emmanuel (dir), *Le social à l'épreuve du dégoût*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2016.
- MENECIER Pascal, SAGNE Alain, MENEICER-OSSIA Laure, PLATTIER Sandrine, PLOTON Louis, « Perception des attitudes soignantes par des sujets âgés en difficulté avec l'alcool : étude exploratoire en milieu hospitalier », *Psychotropes* 2012/2 ; 18 : 61-76.
- MATHIEU Marie, RUAULT Lucile, « Prise en charge et stigmatisation des avortantes dans l'institution médicale : la classe des femmes sous surveillance », *Politix* 2014/3 (n° 107) :33-59.
- NOTEBAERT Jean-François, LE POGAM Marie Annick, « Les « flamboyants » et les « individus par défaut » pris au piège de la surconsommation médicale à l'époque de l'hypermodernité : vers l'accélération d'une médecine à deux vitesses ? » *Management et Avenir* 2006 ; 9: 45-64.
- ROSA Harmut, *Accélération. Une critique sociale du temps* (2005), trad. Didier Renault, Paris, La Découverte, 2010.
- STIGLITZ Joseph E., *Le triomphe de la cupidité*, trad. Paul Chemla, Paris, Babel, 2010.
- WEBER Max, *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Flammarion, 2000.
- WORMS Frédéric, *Les maladies chroniques de la démocratie*, Paris, Desclée de Brouwer, 2017.
- ZUIDERENT-JERAK Teun, *Situated intervention. Sociological experiments in health care*, Cambridge, Massachusetts, Massachusetts Institute of Technology Press, 2015.

Crises et critiques de la médecine contemporaine (voir aussi travail, institution)

- ALEXANDRE Laurent, « Comment les géants du numérique ringardisent nos mandarins », *Le Monde* du 13.09.2017, supplément Science et Techno.
- BASZANGER Isabelle, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil, 1995.
- BERNARD Jean, *Grandeur et tentations de la médecine*, Paris, Buchet & Chastel, 1973.
- CLAVREUL Jean, *L'ordre médical*, Paris, Seuil, 1978.

Bibliographie thématique et sélective

- DROUIN Jean-Luc, « "La Mort de Dante Lazarescu" : Dante dans l'enfer des urgences », *Le Monde*, 10 janvier 2006.
- DUPREZ Adrien, *La médecine du XXIe siècle sera-t-elle humaine ? Essai thérapeutique pour une médecine traumatisée*, Paris, Editions Médicales Internationales, 1988.
- FOUCAULT Michel, « Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine ? » (1976), *Dits et écrits II. 1976-1988*, Paris, Gallimard, « Quarto », 2001, texte n° 170, p.40-58.
- FOX Renée, *L'incertitude médicale*, Louvain-la-Neuve, CIACO-L'Harmattan, 1988.
- GOFFETTE Jérôme, *Naissance de l'anthropotechnie*, Paris, Vrin, 2007.
- HALIMI Philippe, MARESCAUX Christian, *Hôpitaux en détresse, patients en danger. Arrêtez le massacre !*, Paris, Flammarion, 2018.
- ILLICH Ivan, *Némésis médicale : l'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1975.
- KLIPFEL Amandine, « Chapitre 7. La technicisation de la chirurgie représente-t-elle un danger ? Entre regret et perspectives d'avenir », *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences* 2017 ;28(2) :131-43.
- LAUGIER Alain, « La fin des négas », *Le Concours Médical* 1998;120:1073.
- LEBRUN Jean-Pierre, *De la maladie médicale*, Bruxelles, De Boeck, 1993.
- ROSE Nicholas, « Beyond medicalisation », *Lancet* 2007 ; 369 :700-1.
- SAINT-ONGE Jean-Claude, *Tous fous ? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie*, Montréal, Les éditions Ecosociété, 2013.
- SICARD Didier, HADDAD Gérard, *Hippocrate et le scanner ; réflexions sur la médecine contemporaine*, Paris, Desclée de Brouwer, 1999.
- SICARD Didier, « L'innovation médicale entre solidarité et exclusion », in : *Journées Bioéthiques de la MGEN : Santé, solidarité, éthique*, MGEN éditions, « Agora », 2008 ;10 :9-13.
- SKRABANEK Petr, *La fin de la médecine à visage humain*, Paris, Odile Jacob, 1995.
- VALLANCIEN Guy, *La médecine sans médecin ? Le numérique au service du malade*, Paris, Gallimard, « Le Débat », 2015.
- WEBER Jean-Christophe, « L'immixtion de l'économie dans la pratique médicale : principe de réalité ou choc des cultures », in : JP ALIX, B ANCORI, P PETIT (dir), *Sciences en société au XXI siècle ; autres relations, autres pratiques*, Paris, CNRS Editions, 2008, p. 121-34.

SOIN

- BENAROYO Lazare, LEFEVE Céline, MINO Jean-Christophe, WORMS Frédéric (dir), *La philosophie du soin*, Paris, Presses Universitaires de France, 2010.
- BARRIER Philippe, « Le soin comme accompagnement et facilitation de l'individuation avec la maladie chronique », in *id.*, p. 155-171.
- BENAROYO Lazare, « Ethique et herméneutique du soin », in *id.*, p. 23-36.
- DRAPERI Catherine, « Narration, soin et accompagnement : accéder au monde de l'autre », in *id.*, p. 37-55.
- GAILLE Marie, FOUREUR Nicolas, « "L'humanité", enjeu majeur de la relation médecin/patient. Y a-t-il une violence intrinsèque à la situation de soin ? », in *id.*, p. 189-204.
- LEFEVE Céline « La relation de soin doit-elle être une relation d'amitié ? », in *id.*, p.107-26.
- MARIN Claire, « "Who cares ?" Quelle attention au malade dans la relation thérapeutique ? », in *id.*, p. 127-140.
- WORMS Frédéric, « Vers un moment du soin ? Entre diversité et unité », in *id.*, p. 11-21.
- CHAGNON Véronique, DALLAIRE Clémence, ESPINASSE Catherine, HEURGON Edith (dir.), *Prendre soin : savoirs, pratiques, nouvelles perspectives*, Paris, Hermann, 2013.

Bibliographie thématique et sélective

- CRIGNON-DE OLIVEIRA Claire, GAILLE Marie (dir), *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ?* Paris, Seli Arslan, 2010.
- CRIGNON-DE OLIVEIRA Claire, GAILLE Marie, « Avant-propos, Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ? » in *id.*, p. 7-14.
- DAVOUS Dominique, LE GRAND-SEBILLE Catherine, SEIGNEUR Etienne (dir.), *L'éthique à l'épreuve des violences du soin*, Toulouse, Erès, « Espace éthique », 2014.
- LEPOUTRE Thomas, « Un sadisme nécessaire chez le soignant ? », in *id.*, p.196-210.
- DORON Claude-Olivier, LEFEVE Céline, MASQUELET Alain-Charles, « Introduction », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* 2010/1 ; 4 : 3-11.
- DORON Claude-Olivier, LEFEVE Céline, MASQUELET Alain-Charles (dir), *Soin et subjectivité*, Paris, Presses Universitaires de France, 2011.
- DORON Claude-Olivier, « Soigner par la souffrance », in *id.*, p. 87-113.
- GILLIGAN Carol, *Une voix différente ; pour une éthique du care*, Paris, Flammarion, « Champs essais », 2008.
- GUERIN Anne, CACHARD Claudie (dir), *Manuel poétique et pratique à l'usage des soignants et autres curieux*, Paris, Presses Universitaires de France, « Questions de soin », 2013.
- HOURNAU-BLANC Julie, LAMOTTE Caroline, HAOND Pierre, « Le patient grabataire non communicant dans l'évolution finale d'une démence : réflexion sur la notion de personne », *Éthique et santé* 2004 ;3 :82-7.
- JOUSSET David, BOLES Jean-Michel, JOUQUAN Jean (dir), *Penser l'humain vulnérable. De la philosophie au soin*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2017.
- KÖBERICH Stefan et al., « Factors influencing hospitalized patient's perception of individualized nursing care : a cross-sectional study », *Nursing* 2016;15:14.
- LE CARDINAL Patrick, « 'Pair-aidance' et rétablissement des personnes atteintes de troubles psychiques », *Pluriels* 2010 ; 85/86 :3-5.
- LE CARDINAL Patrick, ROELANDT Jean-Luc, RAFAEL Florentina, VASSEUR-BACLE Simon, FRANÇOIS Guillaume, MARSILI Massimo, « Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives », *L'information psychiatrique* 2013/5 ; 89 : 365-70.
- LEFEVE Céline, « La philosophie du soin », *La Matière et l'esprit* 2006 ; 4 (« Médecine et philosophie ») : 25-34.
- LEFEVE Céline, « De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical », *Revue de métaphysique et de morale* 2014/2 ; 82 :197-221.
- LOMBARD Jean, « Aspects de la *technê* : l'art et le savoir dans l'éducation et dans le soin », *Le Portique* [En ligne], 2006-3, Soins et éducation (I), mis en ligne le 08 janvier 2007, consulté le 28 juin 2018. <http://leportique.revues.org/document876.html>
- LEMOINE Elodie, PIERRON Jean-Philippe (dir), *La mort et le soin. Autour de Vladimir Jankélévitch*, Paris, Presses Universitaires de France, « Questions de soin », 2016.
- LOMBARD Jean, VANDEWALLE Bernard, *Philosophie et soin*, Paris, Seli Arslan, 2009.
- MARIN Claire, WORMS Frédéric (dir), *A quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott*, Paris, Presses Universitaires de France, « Questions de soin », 2015.
- PIERRON Jean-Philippe, *Vulnérabilité ; pour une philosophie du soin*, Paris, Presses Universitaires de France, 2010.
- PIERRON Jean-Philippe, VINOT Didier, CHELLE Elisa, *Les valeurs du soin ; Enjeux éthiques, économiques et politiques*, Paris, Seli Arslan, 2018.
- JULIEN GRESIN Valérie, « Une part perdue pour le soin ? », in *id.*, p.125-134.
- WEBER Jean-Christophe, « L'individualisation des soins : des modalités multiples », in *id.*, p.43-55.
- PREDALI Dominique, SOUBEYRAND Jacques, *Douze gériatres en colère ; où il est question de la mondialisation de la maltraitance des vieux*, Paris, Fayard, 2009.

Bibliographie thématique et sélective

- REGAT-BIKOÏ Chantal, et al., « L'incontinence urinaire chez des personnes âgées hospitalisées en unité de gériatrie: est-ce vraiment une priorité pour les infirmières? », *Recherche en soins infirmiers* 2013/4 ;115 : 59-67.
- RESWEBER Jean-Paul, « Le soin, affaire de techne et de tact », *Les Cahiers du Portique* 2003 ; 1, Les gestes de soin : 85-103.
- STRAUSER Joelle, « Soins, souci, curiosité », *Les Cahiers du Portique* 2003 ; n°1, Les gestes de soin : 19-43.
- WEBER Jean-Christophe, « Douleur, éthique et bienveillance », *Ethique et santé* 2011 ;8 : 191-197.
- WORMS Frédéric, « Les deux concepts du soin, Vie, médecine, relations morales », *Esprit* 2006 ; 321 :141-156.
- WORMS Frédéric, *Le moment du soin ; à quoi tenons-nous ?*, Paris, Presses Universitaires de France, « Ethique et philosophie morale », 2010.
- ZIELINSKI Agata, « La vulnérabilité dans la relation de soin, 'fonds commun d'humanité' », *Cahiers Philosophiques* 2011 ;125 : 89-106.

Vulnérabilité

- ANTENAT Nicolas, « Respect et vulnérabilité chez Levinas », *Le Portique* [En ligne], 11 | 2003, URL : <http://leportique.revues.org/558>.
- BIDOU Jean Etienne, DROY Isabelle, « De la vulnérabilité individuelle aux syndromes de vulnérabilité : quelles mesures ? », *Revue Tiers Monde* 2013/1 ; 213 :123-42.
- BORDEYNE Philippe, « La référence à la vulnérabilité en éthique de la santé : défis et chances pour la foi chrétienne », *Revue d'éthique et de théologie morale, Le Supplément* 2006 ;239 :45-75.
- BOURDELAIS Patrice, « Qu'est-ce que la vulnérabilité ? "Un petit coup renverse aussitôt la personne" (Süssmilch) », *Annales de démographie historique* 2005/2 ;110 : 5-9.
- BOZZARO Claudia, BOLDT Joachim , SCHWEDA Mark, « Are older people a vulnerable group? Philosophical and bioethical perspectives on ageing and vulnerability », *Bioethics* 2018;32:233–239.
- BUTLER Judith, *Vie précaire*, Paris, Amsterdam, 2005.
- DE RICHEMONT Henri, *Rapport n° 212 (2006-2007), fait au nom de la commission des lois, déposé le 7 février 2007, sur le projet de loi n° 172 (2006-2007)*, <http://www.senat.fr/rap/106-212/106-212.html>.
- DOAT David, « La vulnérabilité : esquisse d'une reconstruction conceptuelle », *Revue de Théologie et de Philosophie* 2016 ; 128 : 733-753.
- FERRARESE Estelle, « 'Vivre à la merci'. Le care et les trois figures de la vulnérabilité dans les théories politiques contemporaines », *Multitudes* 2009/2 ;37-38 :132-41.
- JOUSSET David, BOLES Jean-Michel, JOUQUAN Jean (dir), *Penser l'humain vulnérable. De la philosophie au soin*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2017.
- MAILLARD Nathalie, « La vulnérabilité ou l'épuisement d'un certain mode de penser », in *id.*, p.103-16.
- WEBER Jean-Christophe, « La vulnérabilité du médecin », in *id.*, p.281-96.
- WORMS FREDERIC ; « Les dimensions vitales et morales de la vulnérabilité », in *id.*, p.129-38.
- LACOUR Clémence, « La personne âgée vulnérable : entre autonomie et protection », *Gérontologie et société* 2009/4 ;131 :187-201.
- LAUFER Laurie, AYOUCI Thamy, « Violences conjugales, famille, vulnérabilité », *Topique* 2018/2 ; 143 : 151-167.
- LE BLANC Guillaume, *Vies ordinaires, vies précaires*, Paris, Seuil, 2007.
- LE BLANC Guillaume, « Le droit à la vie », *Raisons politiques* 2007/1 ;25 :57-71.
- MAILLARD Nathalie, *La vulnérabilité, une nouvelle catégorie morale ?* Genève, Labor et Fides, 2011.

Bibliographie thématique et sélective

- PAUGAM Serge, LE BLANC Guillaume, « Les nouvelles formes de précarité. Regards croisés entre la philosophie et la sociologie », *Sociologie* 2011/4 ; 2 : 417-31.
- PELLUCHON Corinne, *Eléments pour une éthique de la vulnérabilité : Les hommes, les animaux, la nature*, Paris, Cerf, 2011.
- PIERRON Jean-Philippe, *Vulnérabilité ; pour une philosophie du soin*, Paris, Presses Universitaires de France, 2010.
- RICHARD Jacques, « "Résilience et vulnérabilité". De l'ajustement des concepts en psychogérontologie », *Gérontologie et société* 2004/2 ;109 : 109-25.
- SIMONS R.L., KIT LEI M., BEACH SRH, BRODY GH, PHILIBERT RA, GIBBONS FX, « Social environmental variation, plasticity genes, and aggression: evidence for the differential susceptibility hypothesis », *American Sociological Review* , 2011; 76 (6): 833–912.
- SIRVEN Nicolas, « De la pauvreté à la vulnérabilité : Évolutions conceptuelles et méthodologiques », *Mondes en développement* 2007/4 ;140 : 9-24.
- SOLVOLL Betty-Ann, LINDSETH Anders, « The issue of being touched », *Medicine Health Care and Philosophy* 2016; 19:299–306.
- SOULET Marc-Henry, « La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique », *Pensée plurielle* 2005/2 ;10 :49-59.
- SOULET Marc-Henry, « Reconsidérer la vulnérabilité », *Empan* 2005/4 ;60 :24-9.
- THORUP Charlotte B, RUNDQVIST Ewa, ROBERTS Christel, DELMAR Charlotte, « Care as a matter of courage : vulnerability, suffering and ethical formation in nursing care », *Caring Sciences* 2011, 427-35.
- TOURETTE-TURGIS Catherine, THIEVENAZ Joris, « La reconnaissance du pouvoir d'agir des sujets vulnérables : un enjeu pour les sciences sociales », *Le sujet dans la cité* 2012/2 ;3 :139-51.
- TRONTO Joan, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte, 2009.
- VALADIER Paul, « Apologie de la vulnérabilité », *Études* 2011 ; 4142 :199-210.
- ZIELINSKI Agata, « Avec l'autre, la vulnérabilité en partage », *Études* 2007, 406 : 769-78.
- ZIELINSKI Agata, « La vulnérabilité dans la relation de soin, 'fonds commun d'humanité' », *Cahiers Philosophiques* 2011 ;125 : 89-106.

TRAVAIL, INSTITUTION, HOPITAL, MANAGEMENT.

- BELORGEY Nicolas, *L'hôpital sous pression, enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, 2010.
- BRECHAT Pierre-Henri, LEENHARDT Antoine, MATHIEU-GRENOUILLEAU Marie-Christine, et al., « Des pôles d'activités hospitaliers entre gestion de la crise et mise en œuvre d'une politique de santé publique », *Santé Publique* 2010/5 ; 22 :571-80.
- CHANIAL Philippe, « Le New Public Management est-il bon pour la santé ? Bref plaidoyer pour l'inestimable dans la relation de soin », *Revue du MAUSS*, 2010/1 ;35 : 135-50.
- CHOUAID C, MOREL M, CANIS L, VIEL E, « Qualité et accréditation dans les établissements de santé », *Presse Médicale* 1998 ; 27:166-171.
- DE GAULEJAC Vincent, *La société malade de la gestion ; idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris, Seuil, « Points », 2009.
- DEJOURS Christophe, *Souffrance en France – La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Gallimard, « Folio Essais », 1998.
- DEJOURS Christophe, « Psychanalyse et psychodynamique du travail : les ambiguïtés de la reconnaissance », in CAILLE Alain (dir), *La quête de reconnaissance, nouveau phénomène social total*, Paris, La Découverte, « Bibliothèque du M.A.U.S.S. », 2007, p.58-70.

Bibliographie thématique et sélective

- DEJOURS Christophe, GERNET Isabelle, « Travail, subjectivité et confiance », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2012/1 ; 13 : 75-91.
- DEJOURS Christophe, « Quand le tournant gestionnaire aggrave les décompensations des soignants », in AUSLENDER Valérie, *Omerta à l'hôpital. Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*, Paris, Michalon, 2017, p.203-212.
- DE POUVOURVILLE Gérard, « Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas. La mise en œuvre de la tarification à l'activité », *Revue Economique* 2009/2 ; 60 : 457-70.
- DOMIN Jean-Paul, « La nouvelle gouvernance sauvera-t-elle les hôpitaux publics ? », *Mouvements* 2004/2 ; 32 : 55-9.
- DUJARIER Marie-Anne, *L'idéal au travail*, Paris, Presses Universitaires de France, « Éthique et philosophie morale », 2006.
- FRANCIS Robert, *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation trust public inquiry*, 2013.
<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20150407084003/http://www.midstaffspublicinquiry.com/>.
- HABEREY-KNUESSI Véronique, HEEB Jean-Luc, DE PAULA Emilie Morgan, « L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier », *Recherche en soins infirmiers* 2013/4 ; 115 : 8-18.
- HACHE Emilie, « La responsabilité, une technique de gouvernementalité néolibérale ? », *Raisons politiques* 2007/4 ; 28 : 49-65.
- LE COZ Pierre, « L'exigence éthique et la tarification à l'activité à l'hôpital », *Revue de philosophie économique* 2009/1 ; 10 : 35-53.
- LE POGAM Marie Annick, LUANGSAY-CATELIN Carine, NOTEBAERT Jean-François, « La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent », *Management & Avenir* 2009/5 ; 25 : 116-34.
- LHUILIER Dominique, « Christophe Dejours. Résistance et défense », *Nouvelle revue de psychosociologie* 2009/1 ; 7 : 225-34.
- MERCADIER Catherine, *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*, Paris, Seli Arslan, 2002.
- MERCADIER Catherine, « Hôpital silence ! Le travail émotionnel des soignants », in Fabrice FERNANDEZ, Samuel LEZE, Hélène MARCHE (dir), *Le langage social des émotions ; études sur les rapports au corps et à la santé*, Paris, Anthropos Economica, 2008, p.239-62.
- MINO Jean-Christophe, « D'un système de maladie à un système de santé : les enjeux contemporains des transformations de la médecine », in ZITOUN Robert, DUPONT Bernard-Marie (dir), *Penser la médecine, essais philosophiques*, Paris, Ellipses, 2002, p. 265.
- MOISDON Jean-Claude, « Le paradoxe de la boîte noire. Réformes hospitalières et organisation », *Droit et société* 2012/1 ; 80 : 91-115.
- PIERRU Frédéric, *Hippocrate malade de ses réformes*, Paris, Editions du Croquant, 2007.
- PIERRU Frédéric, « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant - Le tournant néolibéral de la politique hospitalière », *Actes de la recherche en sciences sociales* 2012/4 ; 194 : 32-51 .
- PUIU Cristian, *La mort de Dante Lazarescu*, film 2005.
- SARKOZY Nicolas, « Allocution de M. le Président de la République, installation de la commission Larcher, CHU de Bordeaux », 16 octobre 2007, URL : http://www.elysee.fr/documents/index.php?mode=cview&press_id=548&cat_id=7&lang=fr
- SIDIBÉ Michel, « Universal health coverage: political courage to leave no one behind », *Lancet* 2016; 4:e355-6.
- VOGL M, « Assessing DRG cost accounting with respect to resource allocation and tariff calculation: the case of Germany », *Health Economics Review* 2012, 2:15.
- WEBER Jean-Christophe, « Jugement pratique et burn-out des médecins », *Revue de Médecine Interne* 2015 ; 36 : 548-50.

Bibliographie thématique et sélective

WEBER Jean-Christophe, « Performance et qualité : malentendus culturels ou mutations de la médecine hospitalière ? », in Pascal HINTERMEYER, David LE BRETON, Gabriele PROFITA (dir), *Les malentendus culturels dans le domaine de la santé*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 2015, p.99-118.

Plaisir et souffrance au travail des médecins

- ARNETZ BB, « Psychosocial challenges facing physicians of today », *Social Science and Medicine* 2001 ; 52 (2): 203-13.
- BOVIER PA, PERNEGER TV, « Predictors of work satisfaction among physicians », *The European Journal of Public Health* 2003; 13 (4): 299-305.
- CHEVRET-CASTELLANI Christine, « La médiatisation du *burn out* dans la presse écrite. Le cas du quotidien Le Monde », *Questions de communication* 2017 ; 31 [En ligne].
- DUNN PM, ARNETZ BB, CHRISTENSEN JF, « Meeting the imperative to improve physician well-being: assessment of an innovative program », *Journal of General Internal Medicine* 2007;22 (11): 1544-52.
- EDWARDS NR, KORNACKI MJ, SILVERSON J, « Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? » *British Medical Journal* 2002; 324: 835-8.
- EPSTEIN RM, « Mindful practice », *JAMA* 1999; 282 (9): 833-9.
- EPSTEIN RM, « Just being », *Western Journal of Medicine* 2001; 174 (1): 63-5.
- ESTRYN-BEHAR Madeleine, LEIMDORFER François, PICOT Geneviève, « Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail. Réponses aux questions ouvertes d'une enquête nationale », *Revue française des affaires sociales* 2010/4 ; 4 : 27-52.
- FAIRHURST K, MAY C, « What general practitioners find satisfying in their work: implications for health care system reform », *Annals of Family Medicine* 2006; 4: 500-5.
- FIRTH-COZENS J, GREENHALGH J, « Doctors' perceptions of the link between stress and lowered clinical care », *Social Science and Medicine* 1997; 44 (7): 1017 – 22.
- FREEBORN DK, « Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians », *Western Journal of Medicine* 2001; 174 (1):13-9.
- GABBE SG, MELVILLE J, MANDEL L, WALKER E, « Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: diagnosis, treatment and prevention », *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002; 186 (4): 601-12.
- GILSDORF Janet R, « The disappearing doctors », *Health Affairs* 2008; 27 (3): 850-4.
- HAAS JS, COOK EF, PUOPOLO AL, BURSTIN HR, CLEARY PD, BRENNAN MT, « Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? », *Journal of General Internal Medicine* 2000; 15 (2): 122-8.
- HOROWITZ CR, SUCHMAN AL, BRANCH WT Jr, FRANKED RM, « What do doctors find meaningful about their work? » *Annals of Internal Medicine* 2003; 138 (9): 772-6.
- KJELDMAND D, HOLMSTRÖM I, ROSENQVIST U, « Balint training makes GP thrive better in their job », *Patient Education and Counseling*, 2004; 55 (2): 230-5.
- KJELDMAND D, HOLMSTRÖM I, « Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners », *Annals of Family Medicine* 2008; 6, 138-45.
- LINZER M, KONRAD TR, DOUGLAS J, MCMURRAY JE, PATHMAN DE, WILLIAMS ES, SCHWARTZ MD, GERRITY M, SCHECKLER W, BIGBY JA, RHODES E, « Managed care, time pressure, and physician job satisfaction: results from the physician worklife study », *Journal of General Internal Medicine* 2001; 15 (7): 441-50.
- NATIONAL PHYSICIANS SURVEY, « What family physicians find rewarding », *Canadian Family Physician* 2007; 53 (10): 1747.
- PERSAUD R, « The drama of being a doctor », *Postgraduate Medical Journal* 2005;81(955):276-7.

Bibliographie thématique et sélective

- MASLACH C, SCHAUFELI WB, LEITER MP, « Job burnout », *Annual Review of Psychology* 2001;52: 397-422.
- NANCY Jean-Luc, « Kant's system of pleasure », *Pli-The Warwick Journal of Philosophy* 1999;8: 149-63.
- PRIVITERA Michael RL, ROSENSTEIN Alan H, LOCASTRO Tara M, « Physician burnout and occupational stress : an inconvenient truth with unintended consequences », *Journal of Hospital Administration* 2015; 4(1):27-35.
- RABOW MW, MCPHEE SJ, « Doctoring to heal : fostering well-being among physicians through personal reflection », *Western Journal of Medicine* 2001; 174 (1): 66-9.
- REMEN RN, « Recapturing the soul of medicine: physicians need to reclaim meaning in their working lives », *Western Journal of Medicine* 2001;174 (1), 4-5.
- SHANAFELT TA, SLOAN JA, HABERMANN TM, « The well-being of physicians », *American Journal of Medicine* 2003; 114 (6): 513-9.
- SMITH R, « Why are doctors so unhappy? There are probably many causes, some of them deep », *British Medical Journal* 2001; 322 (7294): 1073-4.
- SMITH SB, « This sylvan game - Creative writing and GP wellbeing », *Australian Family Physician* 2008;37 (6): 461-2.
- SOLOMON J, « How strategies for managing patient visit time affect physician job satisfaction: a qualitative analysis », *Journal of General Internal Medicine* 2008; 23 (6): 775-80.
- SPICKARD Jr A, GABBE SG, CHRISTENSEN JF, « Mid-career burnout in generalist and specialist physicians », *The Journal of the American Medical Association* 2002; 288 (12): 1447-50.
- STRECH D, DANIS M, LÖB M, MARCKMANN G, « Extent and impact of bed rationing in German hospitals: results of a representative survey among physicians », *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2009; 134 (24): 1261-6.
- WATT I, NETTLETON S, BURROWS R, « The views of doctors on their working lives: a qualitative study », *Journal of the Royal Society of Medicine* 2008;101 (12): 592-7.
- WEBER Jean-Christophe, « Pleasure in medical practice », *Medicine Health Care and Philosophy* 2012; 15(2): 153-64.
- WEBER Jean-Christophe, « Souffrance et plaisir. La *technê* médicale aujourd'hui », in ANCORI Bernard, MELENOTTE George-Henri, STRAUSER Joëlle, WEBER Jean-Christophe (dir), *Que sommes-nous aujourd'hui? Les figures du sujet*, Bern, Peter Lang, 2014, p.223-245.
- WEINER EL, SWAIN GR, WOLF B, GOTTLIEB M, « A qualitative study of physicians'own wellness-promotion practices », *Western Journal of Medicine* 2001;174 (1): 19-23.
- WILLIAMS ES, SKINNER AC, « Outcomes of physician job satisfaction: a narrative review, implications and directions for future research », *Health Care Management Review* 2003; 28 (2): 119 – 39.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

L'ensemble des références indiquées dans les notes de bas de page est ici répertorié.

OUVRAGES ET CHAPITRES D'OUVRAGES

- ADORNO Theodor W, *Minima moralia, réflexions sur la vie mutilée* (1951), trad. Eliane Kaufholz et Jean-René Ladmiral, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2003.
- AGAMBEN Giorgio, *Bartleby ou la création*, trad. Carole Walter, Saulxures, Circé, 1995.
- AGAMBEN Giorgio, *Homo Sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*, trad. M. Raiola, Paris, Seuil, « L'ordre philosophique », 1997.
- AGAMBEN Giorgio, *Ce qui reste d'Auschwitz : l'archive et le témoin*, trad. Pierre Alféri, Paris, Rivages, 1999.
- AGAMBEN Giorgio, *Qu'est-ce qu'un dispositif ?*, Paris, Payot et Rivages, « Petite Bibliothèque », 2006.
- AGAMBEN Giorgio, *Opus Dei. Archéologie de l'office. Homo sacer II, 5*, trad. Martin Rueff, Paris, Seuil, « L'ordre philosophique », 2012.
- ALAIN (Émile CHARTIER), *Éléments de philosophie*, 1916. Edition électronique, Les classiques des sciences sociales, <http://classiques.uqac.ca/>.
- ALAIN (Émile CHARTIER), *Définitions*, Paris, Gallimard, 1953. Edition électronique, Les classiques des sciences sociales, <http://classiques.uqac.ca/>.
- ALBERTAT Judith, *Maladie de Lyme. Mon parcours pour retrouver la santé*, Vergèze, Thierry Souccar Editions, 2012.
- ALIX Jean-Pierre, ANCORI Bernard, PETIT Pierre (dir.), *Sciences en société au XXI siècle ; autres relations, autres pratiques*, Paris, CNRS Editions, 2008.
- ALLOUCH Jean, *L'éthification de la psychanalyse . Calamité*, Paris, Epel, « Cahiers de l'Unebévue », 1997.
- ALLOUCH Jean, *La psychanalyse : une érotologie de passage*, Paris, Epel, « Cahiers de l'Unebévue », 1998.
- ALLOUCH Jean, *Le sexe de la vérité. Erologie analytique III*, Paris, Epel, « Cahiers de l'Unebévue », 1998.
- ALLOUCH Jean, *L'amour Lacan*, Paris, Epel, 2009.
- ALLOUCH Jean, *Contre l'éternité. Ogawa, Mallarmé, Lacan*, Paris, Epel, « essais », 2009.
- ALLOUCH Jean, *L'autre sexe*, Paris, Epel, 2015.
- ALLOUCH Jean, *La scène lacanienne et son cercle magique ; des fous se soulèvent*, Paris, Epel, 2017.
- ALTHUSSER Louis, *Philosophie et philosophie spontanée des savants*, Paris, Maspero, 1974.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Elsevier Masson, 2015.
- ANDLER Daniel, FAGOT-LARGEAULT Anne, SAINT-SERNIN Bernard (dir.), *Philosophie des sciences I*, Paris, Gallimard, « Folio Essais », 2002.
- ANDRAULT Raphaële, *La raison des corps ; mécanisme et sciences médicales*, Paris, Vrin, « Problèmes de la raison », 2016.
- ANSCOMBE Gertrud Elizabeth M, *L'intention*, préf. Vincent Descombes, Paris, Gallimard, 2002.

Références

- APFELDORFER G, *Maigrir, c'est fou*, Paris, Odile Jacob, 2000.
- ARENDT Hannah, *Juger, Sur la philosophie politique de Kant*, trad. M. Revault d'Allones, Paris, Seuil, « Points Essais », 1991.
- ARENDT Hannah, « Questions de philosophie morale », in : *Responsabilité et jugement*, Paris, Payot et Rivages, « Petite Bibliothèque », 2009.
- ARISTOTE, *Métaphysique - Tome I, Livres A-Z*, trad. Jules Tricot, Paris, Vrin, 2000.
- ARISTOTE, *Métaphysique - Tome II, Livres H-N*, trad. Jules Tricot, Paris, Vrin, 2004.
- ARISTOTE, *Rhétorique*, trad. Jean Lauxerois, Paris, Pocket, 2007.
- ARISTOTE, *Ethique à Nicomaque*, trad. Richard Bodéüs, Paris, Garnier-Flammarion, 2004 ; trad. Jules Tricot, Paris, Vrin, « Bibliothèque des textes philosophiques », 2007 ; trad. J Barthélémy Saint-Hilaire, Paris, Le Livre de Poche, « Classiques de la philosophie », 1992.
- ARISTOTE, *Œuvres complètes*, Pierre PELLEGRIN (dir.), Paris, Flammarion, 2014.
- ARNAUD Sabine, *L'invention de l'hystérie au temps des Lumières (1670-1820)*, Paris, Editions de l'EHESS, 2007.
- ASSOUN Paul-Laurent, *Introduction à l'épistémologie freudienne*, Paris, Payot, 1981.
- ASSOUN Paul-Laurent, *Introduction à la métapsychologie freudienne*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2013.
- ASSOUN Paul-Laurent, *Leçons psychanalytiques sur frères et soeurs*, Paris, Anthropos/Economica, « Poche psychanalyse », 1997.
- ASSOUN Paul-Laurent, *Psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, 1997.
- ASSOUN Paul-Laurent, *Le préjudice et l'idéal. Pour une clinique sociale du trauma*, Paris, Anthropos, 1999.
- ASSOUN Paul-Laurent, « La rhétorique de la jouissance. Enjeux inconscients du différend Socrate/Calliclès », in : Guy SAMAMA (dir.) : *Analyses et réflexions sur Platon : Gorgias*, Paris, Ellipses, 2003, p.74-83.
- ASSOUN Paul-Laurent, *Dictionnaire des œuvres psychanalytiques*, Paris, Presses Universitaires de France, 2009.
- ASSOUN Paul Laurent, *Leçons psychanalytiques sur le transfert*, Paris, Anthropos, 3^e éd., 2011.
- ASSOUN Paul-Laurent, *Corps et symptôme. Leçons de psychanalyse*, Paris, Anthropos/Economica, 4^e éd., 2015. [Première édition : *Leçons psychanalytiques sur Corps et Symptôme*, Paris, Anthropos/Economica, 2 vol, 1997].
- ASSOUN Paul-Laurent, « Jouissance du malaise. L'hypermoderne à l'épreuve de la psychanalyse », in : AUBERT Nicole (dir.), *L'individu hypermoderne* (2004), Toulouse, Erès, 2017, p.139-58.
- AUBENQUE Pierre, *La prudence chez Aristote*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 5^e éd., 2009.
- AUBENQUE Pierre, *Problèmes aristotéliens ; Philosophie pratique*, Paris, Vrin, 2011.
- AUBERT Nicole (dir.), *L'individu hypermoderne* (2004), Toulouse, Erès, 2017.
- AUCANTE Vincent, *La philosophie médicale de Descartes*, préf. Jean-Luc Marion, Paris, Presses Universitaires de France, 2006.
- AUDI Paul, *Où je suis. Topique du corps et de l'esprit*, Paris, Encre marine, 2004.
- AUDI Paul, *L'empire de la compassion*, Paris, Encre marine, 2011.
- AUSTIN John Langshaw, *Quand dire, c'est faire*, Paris, Gallimard, 1970.
- BAAS Bernard, *Y a-t-il des psychanalystes sans-culottes ? Philosophie, psychanalyse et politique*, Toulouse, Erès-Arcanes, « Hypothèses », 2012.
- BADIOU Alain, *L'éthique ; essai sur la conscience du mal*, Paris, Hatier, 1998.
- BADIOU Alain, *De quoi Sarkozy est-il le nom ?*, Paris, Editions Lignes, 2007.
- BADIOU Alain, *La république de Platon*, Paris, Librairie Arthème Fayard, « Pluriel », 2014.

Références

- BALIBAR Etienne, « Le traité lockien de l'identité », in : LOCKE John, *Identité et différence. L'invention de la conscience* [1700], trad. Etienne Balibar, Paris, Seuil, « Essais », 1998, p.9-101.
- BALINT Michael et Enid, *Techniques psycho-thérapeutiques en médecine*, Paris, Payot / Petite Bibliothèque, 1976.
- BARRIER Philippe, « Le soin comme accompagnement et facilitation de l'individuation avec la maladie chronique », in BENAROYO Lazare, LEFEVE Céline, MINO Jean-Christophe, WORMS Frédéric (dir.), *La philosophie du soin*, Presses Universitaires de France, Paris, 2010, p. 155-171.
- BARROUX Gilles, *La médecine de l'Encyclopédie. Entre tradition et modernité*, Paris, CNRS Editions, 2017.
- BARTHES Roland, *Mythologies* (1957), Paris, Seuil, « Points Essais », 2014.
- BARTHES Roland, *Le plaisir du texte*, Paris, Seuil, 1973.
- BARTHES Roland, *Fragments d'un discours amoureux*, Paris, Seuil, « Tel Quel », 1977.
- BARTHES Roland, « Sémiologie et médecine », in : *L'aventure sémiologique*, Paris, Seuil, 1985, p.273-83.
- BARTHES Roland, *Le Neutre, Cours au Collège de France (1977-1978)*, texte établi par Thomas Clerc, Paris, Seuil-Imec, 2002.
- BASZANGER Isabelle, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil, 1995.
- BATAILLE Georges, « La notion de dépense », in : *La part maudite*, Minuit, 1967, p.23-45.
- BAUMAN Zygmunt, *Vies perdues. La modernité et ses exclus* (2004), Paris, Payot et Rivages, « Petite Bibliothèque », 2009.
- BAUMAN Zygmunt, *Le présent liquide. Peurs sociales et obsession sécuritaire*, trad. Laurent Bury, Paris, Seuil, 2007.
- BAUMGARTEN Alexander Gottlieb, *Æsthetica*, Hildesheim, Oms, 1970.
- BAUD Jean-Pierre, *L'affaire de la main volée. Une histoire juridique du corps*, Paris, Seuil, 1993.
- BAYARD Pierre, *Enquête sur Hamlet. Le dialogue de sourds*, Paris, Minuit, 2002.
- BEAUCHAMP Tom L, CHILDRESS James F, *Les principes de l'éthique biomédicale*, Paris, Les Belles Lettres, 2008.
- BEAUD Stéphane, CONFAVREUX Joseph, LINDGARD Jade (dir.), *La France invisible*, Paris, La Découverte, 2006.
- BECK Ulrich, *La société du risque ; sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion, 2008.
- BELLET Maurice, *L'écoute*, Paris, Desclée de Brouwer, 1989.
- BELORGEY Nicolas, *L'hôpital sous pression, enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, 2010.
- BENAROYO Lazare, LEFEVE Céline, MINO Jean-Christophe, WORMS Frédéric (dir.), *La philosophie du soin*, Paris, Presses Universitaires de France, 2010.
- BENAROYO Lazare, « Ethique et herméneutique du soin », in : BENAROYO Lazare, LEFEVE Céline, MINO Jean-Christophe, WORMS Frédéric (dir.), *La philosophie du soin*, Paris, Presses Universitaires de France, 2010, p. 23-36.
- BENVENISTE Emile, *Problèmes de linguistique générale 1*, Paris, Gallimard, « Tel », 1966.
- BENVENISTE Emile, *Le vocabulaire des institutions indo-européennes . 1. Economie, parenté, société*, Paris, Les Editions de Minuit, 1969.
- BENVENISTE Emile, *Le vocabulaire des institutions indo-européennes . 2. Pouvoir, droit, religion*, Paris, Les Editions de Minuit, 1969.
- BENVENISTE Emile, « Sémiologie de la langue », in : *Problèmes de linguistique générale 2*, Paris, Gallimard, « Tel », 1974, p.43-66.
- BENVENISTE Emile, « La forme et le sens dans le langage », in : *Problèmes de linguistique générale 2*, Paris, Gallimard, « Tel », 1974, p.215-238.

Références

- BERGSON Henri, *La pensée et le mouvant*, Paris, Félix Alcan, 1937.
- BERGSON Henri, « Cours de philosophie morale et politique », in : *Cours II, Leçons d'esthétique, Leçons de morale, psychologie et métaphysique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1992.
- BERNARD Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris, Garnier-Flammarion, 1966.
- BERNARD Claude, *Principes de médecine expérimentale. Ou de l'expérimentation appliquée à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique (Écrits entre 1858 et 1877)*, Paris, Presses Universitaires de France, 1947. Edition électronique, Les classiques des sciences sociales, <http://classiques.uqac.ca/>.
- BERNARD Jean, *Grandeur et tentations de la médecine*, Paris, Buchet & Chastel, 1973.
- BERSANI Leo, *Sexthétique*, Paris, Epel, « Les grands classiques de l'érotologie moderne », 2011.
- BERTHELOT Jean-Michel, *L'emprise du vrai. Connaissance scientifique et modernité*, Paris, Presses universitaires de France, « Sociologie d'aujourd'hui », 2008.
- BERTHOZ Alain, *La simplicité*, Paris, Odile Jacob, 2009.
- BIBLIOTHEQUE DU COLLEGE INTERNATIONAL DE PHILOSOPHIE, *Lacan avec les philosophes*, Paris, Albin Michel, 1991.
- BLANCHOT Maurice, *L'entretien infini*, Paris, Gallimard, « Nrf », 1969.
- BOËTSCH Gilles, HERVE Christian, ROZENBERG Jacques J (dir.), *Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé*, Bruxelles, De Boeck, 2007.
- BOLENS Guillemette, *La logique du corps articulaire : Les articulations du corps humain dans la littérature occidentale*, Nouvelle édition [en ligne], Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2000. URL : <<http://books.openedition.org/pur/11341>>.
- BOLTANSKI Luc, THEVENOT Laurent, *De la justification*, Paris, Gallimard, 1991.
- BOLTANSKI Luc, *La condition fœtale, une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard, 2004.
- BOUCHERON Patrick, *Conjurer La Peur: Sienne, 1338: Essai Sur La Force Politique Des Images*, Paris, Seuil, 2013.
- BOULGAKOV Mikhaïl, *Récits d'un jeune médecin*, Paris, LGF, « Le livre de poche », 1994.
- BOURDIEU Pierre, *Raisons pratiques ; sur la théorie de l'action*, Paris, Seuil, 1994.
- BOURDIEU Pierre, *Méditations pascalienues*, Paris, Seuil, « Points essais », 2003.
- BOVE Laurent, *La stratégie du conatus, affirmation et résistance chez Spinoza*, Paris, Vrin, 1996.
- BRENOT Philippe, *Les médecins de l'amour*, Paris, Zulma, 1998.
- BRISSON Luc, « Introduction », in PLATON, *Le Banquet*, trad. Luc Brisson, Paris, Flammarion, 2007.
- BRISSON Luc, FRONTEROTTA Francesco, *Lire Platon*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2014.
- BRISSON Luc, « La science et les savoirs », in BRISSON Luc, FRONTEROTTA Francesco, *Lire Platon*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2014, p.85-102.
- BROHM Jean-Marie, *Le corps analyseur. Essais de sociologie critique*, Paris, Economica Anthropos, 2001.
- BROSSAT Alain, *Droit à la vie ?*, Paris, Seuil, 2010.
- BRUNSWIC Henri, PIERSON Michel (dir.), *Initiation à l'éthique médicale*, préf. Jean-François Mattéi, Paris, Vuibert, 2002.
- BUTLER Judith, *La vie psychique du pouvoir*, Paris, Leo Scheer, 2002.
- BUTLER Judith, *Vie précaire*, Paris, Amsterdam, 2005.
- BUTLER Judith, *Le récit de soi*, Paris, Presses universitaires de France, 2007.
- CABANIS Pierre-Jean Georges, *Du degré de certitude de la médecine*, Paris, Didot, 1798.

Références

- CAILLE Alain, *Anthropologie du don. Le tiers paradigme*, Paris, Desclée de Brouwer, 2000.
- CAILLE Alain (dir.), *La quête de reconnaissance, nouveau phénomène social total*, Paris, La Découverte, « Bibliothèque du M.A.U.S.S. », 2007.
- CAMPODONICO Angelo, « Sagesse pratique et éthique de la vertu », in : Danielle LORIES, Laura RIZZERIO (dir.), *Le jugement pratique ; autour de la notion de phronèsis*, Paris, Vrin, 2008, p.361-379.
- CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique* (1966), Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 4^e éd., 1993.
- CANGUILHEM Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences concernant le vivant et la vie*, Paris, Vrin, 7^e éd., 1994.
- « L'idée de médecine expérimentale selon Claude Bernard », in *id.*, p.127-42.
- « Théorie et technique de l'expérimentation chez Claude Bernard », in *id.*, p.143-55.
- « Claude Bernard et Bichat », in *id.*, p.156-62.
- « Thérapeutique, expérimentation, responsabilité » (1959), in *id.*, p. 383-91.
- « Puissance et limites de la rationalité en médecine (1978), in *id.*, p.392-412.
- « Le statut épistémologique de la médecine » (1985), in *id.*, p. 413-28.
- CANGUILHEM Georges, *Écrits sur la médecine*, Paris, Seuil, « Champ freudien », 2002.
- « L'idée de nature dans la pensée et la pratique médicale »(1972), in *id.*, p.15-31.
- « Les maladies » (1989), in *id.*, p.33-48.
- « La santé : concept vulgaire et question philosophique » (1988), in *id.*, p.49-68.
- « Une pédagogie de la guérison est-elle possible? » (1978), in *id.*, p.69-99.
- CANNONE Belinda, *Le sentiment d'imposture*, Paris, Calmann-Levy, 2005.
- CANTO-SPERBER Monique (dir.), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale* (1996), 2 tomes, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 4^e éd., 2004.
- « Courage », in : Monique CANTO-SPERBER (dir.), *Dictionnaire d'éthique et de Philosophie morale, Tome I*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 4^e éd., 2004, p.422-30.
- CARASSO Françoise, *Freud médecin*, Paris, Actes Sud, 1992.
- CASILLI A, « Usages numériques en santé : conflictualité épistémique et sociale dans les communautés de patients en ligne », in : Euro-Cos, Humanisme et santé (dir.), *Internet : des promesses pour la santé ?*, Paris, Editions de Santé 2011, p.181-91.
- CASSEL Eric, *The healer's art*, Cambridge (Massachusetts), Presses du MIT, 3^e éd., 1985.
- CASSIN Barbara, *Jacques le Sophiste ; Lacan, logos et psychanalyse*, Paris, Epel, 2012.
- CASTEL Robert, *Les métamorphoses de la question sociale* (1995), Paris, Gallimard, « Folio essais », 2009.
- CASTEL Robert, *La montée des incertitudes ; travail, protections, statut de l'individu*, Paris, Seuil, 2009.
- CASTEL Robert, « La face cachée de l'individu hypermoderne : l'individu par défaut », in AUBERT Nicole (dir.), *L'individu hypermoderne* (2004) Toulouse, Erès, 2017, p.161-75.
- CAVERNI Jean-Paul, GORI Roland (dir.), *Le consentement. Droit nouveau du patient ou imposture ?*, Paris, In Press Editions, 2005.
- CASTORIADIS Cornelius, *Les carrefours du labyrinthe 1*, Paris, Seuil, 1978.
- CASTORIADIS Cornelius, *Sur le Politique de Platon*, Paris, Seuil, 1999.
- CATHEBRAS Pascal, *Troubles fonctionnels et somatisations- Comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués ?*, Paris, Masson 2006.
- CAYLA Olivier, « Le droit de se plaindre », in : CAYLA Olivier, THOMAS Yan, *Du droit de ne pas naître ; à propos de l'affaire Perruche*, Paris, Gallimard, « Le Débat », 2002, p. 47 sq.
- CELERIER Marie-Claire, *Corps et fantasmes ; pathologie du psychosomatique*, Paris, Dunod, 1991.

Références

- CHAGNON Véronique, DALLAIRE Clémence, ESPINASSE Catherine, HEURGON Edith (dir.), *Prendre soin : savoirs, pratiques, nouvelles perspectives*, Paris, Hermann, 2013.
- CHAR René, *Chants de la Balandrane*, Paris, Gallimard, 1977.
- CHAR René, « Feuilletés d'Hypnos », *Œuvres Complètes*, Paris, Gallimard, coll. « La Pléiade », 1983.
- CHARLIER Philippe, *Ouvrez quelques cadavres ; une anthropologie médicale du corps mort*, Paris, Buchet et Chastel, 2015.
- CHAUVIER Eric, *Anthropologie de l'ordinaire. Une conversion du regard*, Toulouse, Anacharsis, 2011.
- CLAVREUL Jean, *L'ordre médical*, Paris, Seuil, 1978.
- COHEN Alix, « Le rôle des sentiments moraux dans l'éthique kantienne : le complément nécessaire à la raison pratique », in : Sophie GRAPOTTE, Margit RUFFING, Ricardo TERRA (dir.), *Kant - La raison pratique, concepts et héritages*, Paris, Vrin, 2015.
- COLLECTIF, *Les organes. Le fait de l'analyse* n°5, Paris, Autrement, septembre 1998.
- COMTE-SPONVILLE André, *Petit traité des grandes vertus*, Paris, Presses Universitaires de France, « Perspectives critiques », 1995.
- CONRAD Peter, SCHNEIDER Joseph W, *Deviance and medicalization, from badness to sickness*, Philadelphie, Temple University Press, 1992.
- CONSTANTOPOULOS Michel, *La tragédie de l'inconscient*, Paris, Arcanes, « Hypothèses », 1995.
- CONSTANTOPOULOS Michel, *Qu'est-ce qu'être un père ?*, Paris, L'Harmattan, 2012.
- COURSIL Jacques, *La fonction muette du langage : essai de linguistique générale contemporaine*, Petit-bourg (Guadeloupe), Ibis rouge éditions, et Schoelcher (Martinique), Presses universitaires créoles-GEREC, 2000.
- CRIGNON-DE OLIVEIRA Claire, GAILLE Marie (dir.), *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ?* Paris, Seli Arslan, 2010.
- « Avant-propos, Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ? », in *id.*, p. 7-14.
- CRIGNON Claire, *Locke médecin. Manuscrits sur l'art médical*, Paris, Classiques Garnier, 2016.
- DAMASIO Antonio R, *L'erreur de Descartes – la raison des émotions*, Paris, Odile Jacob, 1994.
- DAMASIO Antonio R, *Le sentiment même de soi. Corps, émotions, conscience*, Paris, Odile Jacob, 2002.
- DAMASIO Antonio R, *Spinoza avait raison. Joie et tristesse, le cerveau des émotions*, Paris, Odile Jacob, « Poches », 2005.
- DANBLON Emmanuelle, *La fonction persuasive. Anthropologie du discours rhétorique : origines et actualité*, Paris, Armand Colin, 2005.
- DANTZER Robert, *L'illusion psychosomatique*, Paris, Odile Jacob, 1989.
- D'AQUIN Thomas, *Somme théologique*, (1269-1272), trad. dominicaine, en ligne : docteurangelique.free.fr/saint_thomas_d_aquin/oeuvres_completes.html.
- DAVIDSON Donald, *Paradoxes de l'irrationalité*, trad. Pascal Engel, Combas, L'Eclat, « Tiré à part », 1991.
- DAVIDSON Donald, *Actions et événements*, trad. Pascal Engel, Paris, Presses Universitaires de France, « Epiméthée », 1993.
- « Actions, raisons et causes », in *id.*, p.15-36.
- « Comment la faiblesse de la volonté est-elle possible? », in *id.*, p.37-66.
- DAVOINE Françoise, GAUDILLIERE Jean-Max, *Histoire et trauma, la folie des guerres*, Paris; Stock, 2006.
- DAVOINE Françoise, *Don Quichotte, pour combattre la mélancolie*, Paris, Stock, 2008.
- DAVOINE Françoise, *La folie Wittgenstein*, Paris, Le Croquant, 2012.
- DAVOUS Dominique, LE GRAND-SEBILLE Catherine, SEIGNEUR Etienne (dir.), *L'éthique à l'épreuve des violences du soin*, Toulouse, Erès, « Espace éthique », 2014.

Références

- DEBRU Armelle, « Au commencement de notre rationalité médicale : la médecine hippocratique », in SICARD Didier, VIGARELLO Georges (dir.), *Aux origines de la médecine*, Paris, Fayard, 2011, p.31-45.
- DE CERTEAU Michel, *L'invention du quotidien, tome 1, les arts de faire*, Paris, Gallimard, « Folio Essais », 1990.
- DE CUES Nicolas, *De la docte ignorance* (1440), trad. MOULINIER, Paris, Editions de la Maisnie, 1930.
- DE GAULEJAC Vincent, *La société malade de la gestion ; idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris, Seuil, « Points », 2009.
- DEJOURS Christophe, *Souffrance en France – La banalisation de l'injustice sociale*, Paris, Gallimard, « Folio Essais », 1998.
- DEJOURS Christophe, *Le corps, d'abord ; corps biologique, corps érotique et sens moral*, Paris, Payot, « Petite bibliothèque », 2003.
- DEJOURS Christophe, « Psychanalyse et psychodynamique du travail : les ambiguïtés de la reconnaissance », in CAILLE Alain (dir.), *La quête de reconnaissance, nouveau phénomène social total*, Paris, La Découverte, « Bibliothèque du M.A.U.S.S. », 2007, p.58-70.
- DEJOURS Christophe, « Quand le tournant gestionnaire aggrave les décompensations des soignants », in AUSLENDER Valérie, *Omerta à l'hôpital. Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*, Paris, Michalon, 2017, p.203-212.
- DELOSSUS Eric, *De l'éthique de Spinoza à l'éthique médicale*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2011.
- DELEUZE Gilles, *Empirisme et subjectivité* (1953), Paris, Presses Universitaires de France, « Epiméthée », 8^e éd, 2010.
- DELEUZE Gilles, « Les sociétés de contrôle », in : *Pourparlers.1972-1990*, Paris, Minuit, 1990.
- DELEUZE Gilles, *Critique et clinique*, Paris, Minuit, 1993.
- DELEUZE Gilles, *Différence et répétition*, Paris, Presses Universitaires de France, « Epiméthée », 12^e éd, 2015.
- DELEUZE Gilles, *Spinoza. Philosophie pratique*, Paris, Minuit, 2003.
- DELEUZE Gilles, *Proust et les signes*, Paris, Presses Universitaires de France, 2014.
- DE LIBERA Alain, *L'archéologie du sujet II, La quête de l'identité*, Paris, Vrin, 2008.
- DELFORGE Nicolas, DÖRRIES Matthias (dir.), *Limites de la créativité ; Normes, sciences et arts*, Paris, Kimé, 2016.
- DEMAILLY Lise, GARNOUSSI Nadia (dir.), *Aller mieux. Approches sociologiques*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, 2016.
- DE MARTINO Ernesto, *Il mondo magico* (1948), trad. Marc Baudoux, *Le Monde magique*, Paris, Sanofi-Synthélabo, « Les empêcheurs de penser en rond », 1999.
- DENT Nicholas JH, « Vertu, éthique de la vertu », in : CANTO-SPERBER Monique (dir.), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale* (1996), tome 2, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 4^e éd., 2004, p.1667-71.
- DESCARTES René, *Méditations métaphysiques*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 1992.
- DESCARTES René, « Discours de la méthode », *Oeuvres philosophiques Tome I – 1618-1637*, édition Ferdinand Alquié, Paris, Classiques Garnier, 2010, p.568-650.
- DESCARTES René, « Les principes de la philosophie », *Oeuvres complètes publiées par Victor Cousin Tome III*, Paris, FG Levrault, 1824.
- DESCOLA Philippe, *L'écologie des autres. L'anthropologie et la question de la nature*, Versailles, Quae, 2011.
- DESCOMBES Vincent, *Le complément de sujet. Enquête sur le fait d'agir de soi-même*, Paris, Gallimard, 2004.

Références

- DESCOMBES Vincent, *Le raisonnement de l'ours et autres essais de philosophie pratique*, Paris, Seuil, 2007.
- DESCOMBES Vincent et al., *Questions disputées*, Nantes, Editions Cécile Defaut, 2007.
- DESCOMBES Vincent, *Le parler de soi*, Paris, Gallimard, « Folio », 2014.
- DESPRES Caroline, GOTTOT Serge, MELLERIO Hélène, TEIXEIRA Maria, *Regards croisés sur la santé et la maladie. Recherches anthropologiques, recherches cliniques*, Paris, Editions des archives contemporaines, 2016.
- DESROSIERES Alain, *Gouverner par les nombres, L'argument statistique II*, Paris, Presses de l'école des Mines, 2008.
- DETIENNE Marcel, VERNANT Jean-Pierre, *Les ruses de l'intelligence. La mètis des Grecs*, Paris, Flammarion, « Champs essais », 2009.
- DEWEY John, *L'art comme expérience*, Paris, Gallimard, « Folio essais », 2010.
- DEWEY John, *La quête de certitude - Une étude de la relation entre connaissance et action*, Paris, Gallimard, 2014.
- DEWITTE Jacques, *La manifestation de soi. Eléments d'une critique philosophique de l'utilitarisme*, Paris, La Découverte/M.A.U.S.S., 2010.
- DIDIER-WEILL Alain, *Les trois temps de la Loi*, Paris, Seuil, 1996.
- DIDI-HUBERMAN Georges, *Ouvrir Vénus*, Paris, Gallimard, 1999.
- DIDI-HUBERMAN Georges, *L'image ouverte*, Paris, Gallimard 2007.
- DI PIAZZA Salvatore, « Penser la précarité avec Aristote », in NICOLAS Loïc (dir.), *Le Fragile et le flou, De la précarité en rhétorique*, Paris, Classiques Garnier, 2018, p.31-45.
- DIXSAUT Monique, « Des multiples sens de la *phronèsis* dans les dialogues de Platon », in Danielle LORIES, Laura RIZZERIO (dir.), *Le jugement pratique ; autour de la notion de phronèsis*, Paris, Vrin, 2008,123-144.
- DODIER Christophe, « 12. Le rôle des professionnels sourds », in *Surdité et santé mentale. Communiquer au cœur du soin*, Cachan, Lavoisier, « Cahiers de Sainte-Anne », 2013, p. 167-174.
- DORON Claude-Olivier, LEFEVE Céline, MASQUELET Alain-Charkes (dir.), *Soin et subjectivité*, Paris, Presses Universitaires de France, 2011.
- DORON Claude-Olivier, « Soigner par la souffrance », in : DORON Claude-Olivier, LEFEVE Céline, MASQUELET Alain-Charkes (dir.), *Soin et subjectivité*, Paris, Presses Universitaires de France, 2011, p. 87-113.
- DRAPERI Catherine, « Narration, soin et accompagnement : accéder au monde de l'autre », in : BENAROYO Lazare, LEFEVE Céline, MINO Jean-Christophe, WORMS Frédéric (dir.), *La philosophie du soin*, Presses Universitaires de France, Paris, 2010, p. 37-55.
- DUJARIER Marie-Anne, *L'idéal au travail*, Paris, Presses Universitaires de France, « Éthique et philosophie morale », 2006.
- DUMONT Martin, *L'annonce au malade*, Paris, Presses Universitaires de France, « Questions de soin », 2015.
- DUPOND Jean-Louis, *Psychologie de la fatigue, le mal des maudits*, Paris, Le Cygne, 2006.
- DUMEZ Hervé (dir.), *Rendre des comptes. Nouvelle exigence sociétale*, Paris, Dalloz, 2008.
- DUPREZ Adrien, *La médecine du XXI^e siècle sera-t-elle humaine ? Essai thérapeutique pour une médecine traumatisée*, Paris, Editions Médicales Internationales, 1988.
- ECO Umberto, *Le nom de la rose*, Paris, Librairie Générale Française, « Le livre de poche », 1982.
- ECO Umberto, *De Superman au surhomme*, Paris, Grasset, 1993.
- EDELMANN Bernard, *Ni chose ni personne. Le corps humain en question*, Paris, Hermann, 2009.
- EDELSTEIN Ludwig, *Ancient Medicine, Selected papers*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1987.

Références

- EHRENBERG Alain, *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998.
- ELIAS Norbert, *La civilisation des mœurs* (1939), Paris, Calmann-Lévy, « Agora /Pocket », 1973.
- ELIAS Norbert, *La dynamique de l'Occident* (1939), Paris, Calmann-Lévy, « Agora /Pocket », 1975.
- ELSTER Jon, *Agir contre soi, la faiblesse de volonté*, Paris, Odile Jacob, 2007.
- ELSTER Jon, *Le désintéressement. Traité critique de l'homme économique I*, Paris, Seuil, 2009.
- ELSTER Jon, *L'irrationalité. Traité critique de l'homme économique II*, Paris, Seuil, 2010.
- ENGELHARDT Tristram Jr, *The Foundations of Bioethics*, New-York, Oxford University Press, 2^e éd., 1996.
- ETIENNE Loïc, *La mort du sorcier*, Paris, Albin Michel, 1993.
- FAGOT-LARGEAULT Anne, *Leçon inaugurale, Chaire de philosophie des sciences biologiques et médicales du Collège de France*, Paris, Editions du Collège de France, 2001.
- FAGOT-LARGEAULT Anne, « L'ordre vivant », in ANDLER Daniel, FAGOT-LARGEAULT Anne, SAINT-SERNIN Bernard (dir.), *Philosophie des sciences I*, Paris, Gallimard, « Folio Essais », 2002, p.483-575.
- FAGOT-LARGEAULT Anne, *Médecine et Philosophie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2010.
- FAGOT-LARGEAULT Anne, DEBRU Claude, MORANGE Michel, HAN Hee-Jin (dir.), *Philosophie et médecine. En hommage à Georges Canguilhem*, Paris, Vrin, 2013.
- FAINZAING Sylvie, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, Presses Universitaires de France, « Ethnologies », 2006.
- FASSIN Didier, *Des maux indicibles. Sociologie des lieux écoute*, Paris, La Découverte, 2004.
- FASSIN Didier, *La Raison humanitaire*, Paris, Gallimard/Seuil, 2010.
- FEDIDA Pierre, « La construction du corps dans la fiction métapsychologique », in REICHLER Claude (dir.), *Le corps et ses fictions*, Paris, Minuit, 1983.
- FEDIDA Pierre, *Crise et contre-transfert*, Paris, Presses Universitaires de France, 1992.
- FENNETAUX Michel, *Et dès lors ma guerre commença*, Paris, Editions Verticales, 1997.
- FISCHLER Claude, *L'omnivore*, Paris, Odile Jacob, 1990.
- FOESSEL Michaël, *Le temps de la consolation*, Paris, Seuil, « L'ordre philosophique », 2015.
- FOLSCHÉID Dominique, « La relation médecin-patient », in FOLSCHÉID D, FEUILLET-LE MINTIER B, MATTEI JF (dir.), *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, Paris, Presses Universitaires de France, « Thémis Philosophie », 1997, p.247.
- FOREST Philippe, *L'enfant éternel*, Paris, Gallimard, 1997.
- FORRESTER Viviane, *La violence du calme*, Paris, Seuil, 1987.
- FOUCAULT Michel, *L'archéologie du savoir*, Paris, Gallimard, 1959.
- FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1963.
- FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité, tome I, La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, « Tel », 1976.
- FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité, tome II, L'usage des plaisirs*, Paris, Gallimard, « Tel », 1984.
- FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité, tome III, Le souci de soi*, Paris, Gallimard, « Tel », 1984.
- FOUCAULT Michel, *Le pouvoir psychiatrique, Cours au Collège de France 1973-1974*, Paris, Gallimard/Seuil, « Hautes Etudes », 2003.
- FOUCAULT Michel, *Les Anormaux, Cours au Collège de France 1974-1975*, Paris, Gallimard/Seuil, « Hautes Etudes », 1999.
- FOUCAULT Michel, *Il faut défendre la société, Cours au Collège de France 1976*, Paris, Gallimard/Seuil, « Hautes Etudes », 1997.

Références

- FOUCAULT Michel, *Sécurité Territoire population, Cours au Collège de France 1977-1978*, Paris, Gallimard/Seuil, « Hautes Etudes », Paris, 2004.
- FOUCAULT Michel, *Naissance de la biopolitique, Cours au Collège de France 1978-1979*, Paris, Gallimard/Seuil, « Hautes Etudes », 2004.
- FOUCAULT Michel, *Subjectivité et vérité. Cours au Collège de France 1980-1981*, Paris, Gallimard/Seuil, « Hautes Etudes », 2014.
- FOUCAULT Michel, *L'herméneutique du sujet, Cours au Collège de France 1981-1982*, Paris, Gallimard/Seuil, « Hautes Etudes », 2001.
- FOUCAULT Michel, *Le courage de la vérité, Le gouvernement de soi et des autres II, Cours au Collège de France 1984*, Paris, Gallimard/Seuil, « Hautes Etudes », 2009.
- FOUCAULT Michel, *Dits et Ecrits I. 1954-1975*, Paris, Gallimard, « Quarto », 2001.
- « Introduction » à Ludwig BINSWANGER, Le rêve et l'existence (1954), in *id.*, texte n°1, p.73-147.
- « Message ou bruit ? » (1966), in *id.*, texte n° 44, p.585-588.
- FOUCAULT Michel, *Dits et écrits II. 1976-1988*, Paris, Gallimard, « Quarto », 2001.
- « Crise de la médecine ou crise de l'anti-médecine ? » (1976), in *id.*, texte n° 170, p.40-58.
- « La naissance de la médecine sociale » (1977), in *id.*, texte n° 196, p. 207-228.
- « Le jeu de Michel Foucault – entretien sur l'*Histoire de la sexualité* » (1977), in *id.*, texte n°206, p. 298-329.
- « La loi de la pudeur » (1979), in *id.*, texte n° 263, p.763-777.
- « 'Omnes et singulatim', vers une critique de la raison politique » (1981), in *id.*, texte n° 291, p.953-80.
- « A propos de la généalogie de l'éthique : un aperçu du travail en cours » (1983), in *id.*, texte n° 326, p.1202-30.
- FOUCAULT Michel, *Dire vrai sur soi-même. Conférences prononcées à l'Université Victoria de Toronto, 1982*, Paris, Vrin, « Philosophie du présent », 2017.
- FOURRIER François, « Evidence-based medicine », in Dominique LECOURT (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2004, p.462-466.
- FOX Renée, *L'incertitude médicale*, Louvain-la-Neuve, CIACO-L'Harmattan, 1988.
- FREUD Sigmund, « Traitement psychique (traitement de l'âme) »(1890), in : *Résultats, Idées, Problèmes, Tome I (1890-1920)*, trad. M Borch-Jacobsen, P Koeppel, F Scherrer, Paris, Presses Universitaires de France, 1998.
- FREUD Sigmund, « Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques », (1893), in : *Résultats, Idées, Problèmes, Tome I (1890-1920)*, Paris, Presses Universitaires de France, 1998, p.45-59.
- FREUD Sigmund, « Esquisse d'une psychologie scientifique » (1895), in : *La naissance de la psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, 6^e éd., 1991.
- FREUD Sigmund, BREUER Joseph, *Etudes sur l'hystérie* (1895), trad. Anne Berman, Paris, Presses Universitaires de France, 12^e éd., 1992.
- FREUD Sigmund, « La sexualité dans l'étiologie des névroses » (1898), *Œuvres complètes vol. III*, Paris, Presses Universitaires de France, 2005.
- FREUD Sigmund, « Sur les souvenirs écrans » (1899), trad. D Berger, P Bruno, D Guérineau, F Oppenot, in : *Névrose, psychose et perversion*, Paris, Presses Universitaires de France, 6^e éd., 1988, p.113-132.
- FREUD Sigmund, *Die Traumdeutung* (1900), trad. I Meyerson, *L'interprétation des rêves*, Paris, Presses Universitaires de France, 1987.
- FREUD Sigmund, « Sur la psychopathologie de la vie quotidienne » (1901), *Œuvres complètes vol. V*, Paris, Presses Universitaires de France, 2012, p.73-376.

Références

- FREUD Sigmund, « Le trait d'esprit et sa relation avec l'inconscient » (1905), *Œuvres Complètes*, vol. VII, Paris, Presses Universitaires de France, 2014. *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient* (1905), trad. Marie Bonaparte et M. Nathan, Paris, Gallimard, 1971 ; Edition électronique, Les classiques des sciences sociales, <http://classiques.uqac.ca/>.
- FREUD Sigmund, *Trois essais sur la théorie sexuelle* (1905), trad. Philippe Koeppel, Paris, Gallimard, « Folio Essais », 1987.
- FREUD Sigmund, « Remarques sur un cas de névrose de contrainte » (1909), in *Œuvres complètes*, vol IX, Paris, Presses Universitaires de France, 1998, p. 131-214.
- FREUD Sigmund, *L'Homme aux rats*, *Journal d'une analyse* (1909), Paris, Presses Universitaires de France, 1984.
- FREUD Sigmund, « Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci » (1910), in *Œuvres complètes*, vol X, Paris, Presses Universitaires de France, 1993, p. 79-164.
- FREUD Sigmund, « Formulations sur les deux principes de l'advenir psychique » (1911), *Œuvres Complètes*, vol.XI, Paris, Presses Universitaires de France, 1998, p. 11-21.
- FREUD Sigmund, « Sur la dynamique du transfert » (1912), trad. A Rauzy, *Œuvres Complètes*, vol.XI, Paris, Presses Universitaires de France, 1998, p.105-116. « La dynamique du transfert », *La technique psychanalytique*, trad. Anne Berman, Paris, Presses Universitaires de France, 9^e édition, 1989, p.50-60.
- FREUD Sigmund, « Conseils au médecin dans le traitement psychanalytique » (1912), trad. R. Lainé, *Œuvres Complètes*, vol.XI, Paris, Presses Universitaires de France, 1998, p.143-154. « Conseils aux médecins sur le traitement analytique », *La technique psychanalytique*, trad. Anne Berman, Paris, Presses Universitaires de France, 9^e édition, 1989.
- FREUD Sigmund, « Sur l'engagement du traitement » (1913), *Œuvres complètes vol.XII*, Paris, Presses Universitaires de France, 2005.
- FREUD Sigmund, « Observations sur l'amour de transfert » (1915), in *La technique psychanalytique*, trad. Anne Berman, Paris, Presses Universitaires de France, 9^e édition, 1989, p. 116-130.
- FREUD Sigmund, « Pulsions et destins des pulsions », in *Métopsychoanalyse* (1915), trad. Jean Laplanche et Jean-Bertrand Pontalis, Paris, Gallimard, « Folio essais », 1968.
- FREUD Sigmund, *Introduction à la psychanalyse* (1916-17), trad. S. Jankélévitch, Paris, Payot, « Petite Bibliothèque », 1961.
- FREUD Sigmund, « Une difficulté de la psychanalyse » (1917), *Œuvres Complètes*, vol. XV (1916-1920), Paris, Presses Universitaires de France, 2006, p. 50.
- FREUD Sigmund, « Au-delà du principe de plaisir » (1920), trad. S. Jankélévitch, *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1981.
- FREUD Sigmund, « Psychologie des masses et analyse du moi » (1921), *Œuvres complètes vol. XVI*, Paris, Presses Universitaires de France, 2010.
- FREUD Sigmund, « La négation » (1925), trad. Jean Laplanche, *Œuvres Complètes*, vol. XVII, Paris, Presses Universitaires de France, 2006, p.165-71.
- FREUD Sigmund, *Sigmund Freud présenté par lui-même* (1925), trad. F. Cambon, Paris, Seuil, « Folio Essais », 1984.
- FREUD Sigmund, « La question de l'analyse profane » (1926), trad. J. Altounian, A. Bourguignon, P.Cotet, A. Rauzy, *Œuvres Complètes Tome XVIII 1926-1930*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994, p.1-92.
- FREUD Sigmund, « Le malaise dans la culture » (1930), trad. P. Cotet, R. Lainé, J. Stute-Cadiot, *Œuvres Complètes Tome XVIII 1926-1930*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994, p.245-333.
- FREUD Sigmund, « Die Zerlegung der psychischen Persönlichkeit », 31. Vorlesung (1933), *Studienausgabe, tome I*, Fischer Taschenbuch Verlag, p. 516.

Références

- FREUD Sigmund, *Nouvelles conférences sur la psychanalyse* (1932), trad. Anne BERMAN, Paris, Gallimard, 1971. Edition électronique, Les classiques des sciences sociales, <http://classiques.uqac.ca/>.
- FREUD Sigmund, « L'analyse avec fin et l'analyse sans fin » (1937), in : *Résultats, Idées, Problèmes, II*, Paris, Presses Universitaires de France, 1992.
- FREUD Sigmund, *Abrégé de psychanalyse* (1938), trad. Anne Berman, Paris, Presses Universitaires de France, 10^e édition, 1985.
- FREUD Sigmund, « *Résultats, idées, problèmes* (1938) », in : *Résultats, Idées, Problèmes, II*, Paris, Presses Universitaires de France, 1992, p.287-288.
- FREUD Sigmund, FERENCZI Sandor, *Correspondance Tome I, 1908-1914*, Paris, Calmann-Lévy, 1992.
- FREUD Sigmund, FERENCZI Sandor, *Correspondance Tome II, 1914-1919*, Paris, Calmann-Lévy, 1996.
- FREUD Sigmund, FERENCZI Sandor, *Correspondance Tome III, 1920-1933, Les années douloureuses*, Paris, Calmann-Lévy, 2000.
- FREUD Sigmund, BINSWANGER Ludwig, *Correspondance 1908-1938*, Paris, Calmann-Lévy, 1995.
- FROMM Erich, *L'art d'aimer* (1956), Paris, Belfond, 2015.
- G. Anna, *Mon analyse avec le professeur Freud*, Anna KOELLREUTER (dir.), trad. JC CAPELE, Paris, Aubier, 2010.
- GADAMER Hans-Georg, *Vérité et méthode*, Paris, Seuil, 1996.
- GADAMER Hans-Georg, *Philosophie de la santé*, Paris, Grasset & Fasquelle et Mollat, 1998.
- GAILLE Marie, FOUREUR Nicolas, « "L'humanité", enjeu majeur de la relation médecin/patient. Y a-t-il une violence intrinsèque à la situation de soin ? », in BENAROYO Lazare, LEFEVE Céline, MINO Jean-Christophe, WORMS Frédéric (dir.), *La philosophie du soin*, Presses Universitaires de France, Paris, 2010, p. 189-204.
- GALIEN Claude, *Traité des passions de l'âme et de ses erreurs*, trad. Robert VAN DER ELST, Paris, Delagrave, 1914.
- GALIEN Claude, *Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales Tome I*, trad. Ch. Daremberg, Paris, JB Baillière, 1854.
- GALIEN Claude, *Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales Tome II*, trad. Ch. Daremberg, Paris, JB Baillière, 1856.
- GALIMBERTI Umberto, *Les raisons du corps*, Paris, Grasset et Fasquelle, 1998.
- GAYON Jean, « Epistémologie de la médecine », in Dominique LECOURT (dir.) *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2004, p.430-439.
- GEHLEN Arnold, *Essais d'anthropologie philosophique*, Paris, Editions de la Maison des sciences de l'homme, 2009.
- GERBER Daniel, « Les emplois d'éléos en Luc-Actes », in: Eberhard BONS (dir.), « *Car c'est l'amour qui me plaît, non le sacrifice ...* ». *Recherches sur Osée 6,6 et son interprétation juive et chrétienne*, Leiden, Brill, « SJSJ 88 », 2004, p. 81-95.
- GILLIGAN Carol, *Une voix différente ; pour une éthique du care*, Paris, Flammarion, « Champs essais », 2008.
- GIOT Jean, MEURANT Laurence (dir.), *Ethique et implant cochléaire. Que Faut-il réparer ?*, Namur, Presses Universitaires de Namur, « Transhumances », 2006.
- GIROUX Elodie, *Après Canguilhem. Définir la santé et la maladie*, Paris, Presses Universitaires de France, « Philosophies », 2010.
- GNASSOUNOU Bruno, « Introduction générale », in *Philosophie de l'action. Action, raison et délibération*, textes réunis par Bruno Gnassounou, Paris, Vrin, 2007.
- GREEN André, « Théorie », in : Alain FINE, Jacqueline SCHAEFFER (dir.), *Interrogations psychosomatiques*, Paris, Presses Universitaires de France, « Débats de psychanalyse », 1998, p.17-53.

Références

- GOFFETTE Jérôme, *Naissance de l'anthropotechnie*, Paris, Vrin, 2007.
- GOFFI Jean-Yves, « Avortement », in : Monique Canto-Sperber (éd.), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, 2 tomes, op. cit., p. 153.
- GOFFMAN Erving, *La Mise en scène de la vie quotidienne. II, Les relations en public*, Paris, 1973.
- GOFFMAN Erving, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit, 1975.
- GOFFMAN Erving, *L'arrangement des sexes*, trad. Hervé Maury, Paris, La dispute, « Le genre du monde », 2002.
- GOLDSCHMIDT Georges-Arthur, *Un destin*, Paris, L'Eclat, 2016.
- GOODMAN Nelson, *Manières de faire des mondes* (1978), trad. Marie-Dominique Popelard, Paris, Gallimard, « Folio essais », 2006.
- GORER Geoffrey, « Pornographie de la mort », in *Ni pleurs ni couronnes*, trad. Hélène Allouch, Paris, Epel, 1995, p.18-26.
- GRAPOTTE Sophie, RUFFING Margit, TERRA Ricardo (dir.), *Kant - La raison pratique, concepts et héritages*, Paris, Vrin, 2015.
- GROOPMAN Jerome, *How doctors think*, Boston, Houghton Mifflin, 2007.
- GROSSMAN Evelyne, *Eloge de l'hypersensible*, Paris, Minuit, 2017.
- GUCHET Xavier, *La médecine personnalisée. Un essai philosophique*, Paris, Les Belles lettres, 2016.
- GUERIN Anne, CACHARD Claudie (dir.), *Manuel poétique et pratique à l'usage des soignants et autres curieux*, Paris, Presses Universitaires de France, « Questions de soin », 2013.
- GUIR Jean, *Psychosomatique et cancer*, Paris, Point Hors Ligne, 1983.
- HACKING Ian, *Entre science et réalité : la construction sociale de quoi ?*, Paris, La Découverte, 2001.
- HADDAD Gérard, *Le jour où Lacan m'a adopté*, Paris, Grasset et Fasquelle, 2002.
- HALIMI Philippe, MARESCAUX Christian, *Hôpitaux en détresse, patients en danger. Arrêtez le massacre !*, Paris, Flammarion, 2018.
- HALPERIN David M, *Platon et la réciprocité érotique*, trad. Guy Le Gaufey, George-Henri Melenotte, Paris, Epel, « Cahiers de l'Unebévue », 2000.
- HALPERIN David M, *Amour et ironie. Six remarques sur l'erôs platonicien*, trad. Isabelle Chatelet, Paris, L'Unebévue éditeur, « Cahiers de l'Unebévue », 2005.
- HALPERN Catherine (dir.), *La Santé. Un enjeu de société*, Auxerre, Sciences Humaines Editions, 2010.
- HARDY Anne-Chantal, LE BODIC Cédric (dir.), *Prescrire-Proscrire, Enjeux de la médecine*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2012.
- HATZFELD Jean, *Une saison de machettes ; récits*, Paris, Seuil, 2003.
- HEGEL Georg Wilhelm Friedrich, *Esthétique, I, Introduction* (1835), trad. S. Jankélévitch, Paris, Aubier, 1979, rééd. « Champs », 1996.
- HEGEL Georg Wilhelm Friedrich, *Phénoménologie de l'esprit*, trad. Jean-Paul Lefèbvre, Paris, GF Flammarion, 2012.
- HEIDEGGER Martin, *Etre et temps*, (1927), trad. E. Martineau, Edition numérique hors commerce, http://t.m.p.free.fr/textes/Heidegger_etre_et_temps.pdf.
- HEIDEGGER Martin, *Lettre sur l'humanisme*, trad. Jean Beaufret, Paris, Aubier, 1966.
- HEIDEGGER Martin, « Que veut dire penser ? », in : *Essais et conférences*, Paris, Gallimard, 1980, p.151-69.
- HENNETTE-VAUCHEZ Stéphanie, *Disposer de soi ? Une analyse du discours juridique sur les droits de la personne sur son corps*, Paris, L'Harmattan, 2004.
- HENRY Michel, *Incarnation, une philosophie de la chair*, Paris, Seuil, 2000.
- HERVIEU-LEGER Danièle, « La science et l'avenir de la planète », in Dominique LECOURT (dir.), *La science et l'avenir de l'homme*, Paris, Presses Universitaires de France, 2005.

Références

- HERITIER Françoise, *Le sel de la vie. Lettre à un ami*, Paris, Odile Jacob, 2012.
- HESIODE, *Théogonie*, trad. E. Bergougnan, Paris, Librairie Garnier.
- HINTERMEYER Pascal, LE BRETON David, PROFITA Gabriele (dir.), *Les malentendus culturels dans le domaine de la santé*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 2015.
- HIPPOCRATE DE COS, *De l'art médical*, trad. E Littré, Paris, Librairie Générale Française, 1994.
- HIPPOCRATE DE COS, *La consultation*, trad. E Littré, Paris, Hermann, 1986.
- HIPPOCRATE DE COS, « L'ancienne médecine », *Œuvres complètes Tome II 1^{ère} partie*, trad. Jacques Jouanna, Paris, Les Belles Lettres, 2003.
- HIPPOCRATE DE COS, « De l'art », *Oeuvres complètes Tome V, 1^{ère} partie*, Paris, Les Belles Lettres, 2003.
- HIPPOCRATE DE COS, « Le serment », *Œuvres complètes d'Hippocrate* vol. 4, trad. E Littré, Paris, JB Baillière, 1844.
- HIPPOCRATE DE COS, « Des vents », *Œuvres complètes* vol. 6, trad. Emile Littré, Paris, J.-B. Baillière, 1849, p.88-115.
- HIPPOCRATE DE COS, « Du régime des maladies aiguës », *Œuvres complètes Tome VI 2^e partie*, trad. Robert Joly, Paris, Les Belles Lettres, 2003.
- HIPPOCRATE DE COS, « Des maladies des femmes », *Œuvres complètes* vol. 8, trad. Emile Littré, Paris, J.-B. Baillière, 1853.
- HIPPOCRATE DE COS, « Du médecin », *Œuvres complètes* vol. 9, trad. Emile Littré, Paris, J.-B. Baillière, 1861, p.204-221.
- HIPPOCRATE DE COS, « De la bienséance », *Œuvres complètes* vol. 9, trad. Emile Littré, Paris, J.-B. Baillière, 1861, p.226-245.
- HIPPOCRATE DE COS, « Préceptes », *Œuvres complètes* vol. 9, trad. Emile Littré, Paris, J.-B. Baillière, 1861, p.246-273.
- HIRSCH Emmanuel, *Médecine et éthique. Le devoir d'humanité*, Paris, Cerf, 1990.
- HOBBS Thomas, *Léviathan*, Paris, Dalloz, 1999.
- HOMÈRE, *Iliade, Odyssée*, Paris, Gallimard, « Pléiade », 1953.
- HONNETH Axel, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Cerf, 2007.
- HOTTOIS Gilbert, *Essais de philosophie bioéthique et biopolitique*, Paris, Vrin, 1999.
- HOUSSET Emmanuel, *La vocation de la personne. L'histoire du concept de personne de sa naissance augustiniennne à sa redécouverte phénoménologique*, Paris, Presses Universitaires de France, 2007.
- HUME David, *Traité de la nature humaine, Livre II Des Passions ; Livre III De la morale*, Edition électronique, Les classiques des sciences sociales, <http://classiques.uqac.ca/>.
- HUSSERL, « Préparation au cours de 1910-1911 », *Sur l'intersubjectivité, II*, Paris, Presses Universitaires de France, 2001.
- HUTCHESON Francis, *Recherche sur l'origine de nos idées de beauté et de vertu (1725)*, trad. A.-D. Balmès, I et VI, Paris, Vrin, 1991.
- ILICH Ivan, *Némésis médicale : l'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1975.
- INGOLD Tim, *Faire : anthropologie, archéologie, art et architecture*, Editions Dehors, 2017.
- ISRAËL Lucien, *Le médecin face au malade*, Bruxelles, Mardaga, 1968.
- ISRAËL Lucien, *L'hystérique, le sexe et le médecin*, Paris, Masson, « Médecine et psychothérapie », 1985.
- ISRAËL Lucien, *Le médecin face au désir*, Toulouse, Erès Arcanes, « Hypothèses », 2007.
- « La demande du malade », in *id.*, p. 181-201.
- « La maladie iatrogène I et II », in *id.*, p.295-316.
- « De quelques motifs d'inadaptation à la profession médicale », in *id.*, p. 135-47.

Références

- ISRAËL Lucien*¹, *La décision médicale. Essai sur l'art de la médecine*, Paris, Calmann-Lévy, 1980.
- ISRAËL-JOST Vincent, *L'observation scientifique. Aspects philosophiques et pratiques*, Paris, Classiques Garnier, 2015.
- JADDO, *Juste après dresseuse d'ours. Les histoires brutes et non romancées d'une jeune généraliste*, Paris, Fleuve Noir, 2011.
- JANKELEVITCH Vladimir, *Le sérieux de l'intention. Traité des vertus I*, Paris, Flammarion, « Champs essais », 1983.
- JANKELEVITCH Vladimir, *Les vertus et l'amour. Traité des vertus II*, Paris, Flammarion, « Champs essais », 1986.
- JANKELEVITCH Vladimir, *Cours de philosophie morale. Notes recueillies à l'Université libre de Bruxelles (1962-1963)*, Paris, Seuil, 2006.
- JERPHAGNON Lucien, *Les dieux ne sont jamais loin*, Paris, Desclée de Brouwer, 2002.
- JOUANNA Jacques, « La notion de nature chez Galien », in : GALLI MILIC Lavinia, BARNES Jonathan, JOUANNA Jacques, BARRAS Vincent (dir.), *Galien et la philosophie*, Genève, Fondation Hardt, 2003, p.229-268.
- JOUANNA Jacques, *Hippocrate*, Paris, Les Belles Lettres, 2017.
- JOUSSET David, BOLES Jean-Michel, JOUQUAN Jean (dir.), *Penser l'humain vulnérable. De la philosophie au soin*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2017.
- JULIEN GRESIN Valérie, « Une part perdue pour le soin ? », in PIERRON Jean-Philippe, VINOT Didier, CHELLE Elisa (dir.), *Les valeurs du soin ; Enjeux éthiques, économiques et politiques*, Paris, Seli Arslan, 2018, p.125-134.
- KAFKA Franz, « Méditations sur le péché, la souffrance, l'espoir et le vrai chemin », in : *Préparatifs de noce à la campagne*, trad. Marthe Robert, Paris, Gallimard, « L'imaginaire », 1957.
- KAHNEMAN Daniel, *Système 1, système 2, les deux vitesses de la pensée*, Paris, Flammarion, 2012.
- KANT Emmanuel, *Critique de la raison pure* (1781), trad. A. Tremesaygues et B. Pacaud, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 7^e éd., 2008.
- KANT Emmanuel, « Réponse à la question : qu'est-ce que les Lumières ? » (1784), trad. H. Wismann, in *Œuvres philosophiques II*, Paris, Gallimard, « Bibliothèque de la pléiade », 1983, p.209-17.
- KANT Emmanuel, *Conjectures sur le commencement de l'histoire humaine* (1786), trad. Laurence Hansen-Love, Paris, Hatier « Poche », 2008 ; trad. Stéphane Piobetta, in *Opuscules sur l'histoire*, Paris, GF-Flammarion, 1990, p.145-64.
- KANT Emmanuel, *Critique de la faculté de juger* (1790), trad. Alexis Philonenko, Paris, Vrin, 1984 ; trad. A. Renaut, Paris, GF – Flammarion, 1995.
- KANT Emmanuel, *Vers la paix perpétuelle ; esquisse philosophique* (1795), trad. JF Poirier, F. Proust, Paris, GF – Flammarion, 1991, p.73-131.
- KANT Emmanuel, « La médecine du corps qui est du ressort des philosophes » (1786), *Ecrits sur le corps et l'esprit*, trad. Grégoire Chamayou, Paris, GF – Flammarion, 2007.
- KANT Emmanuel, *Fondement de la métaphysique des mœurs* (1785), trad. Victor Delbos, Paris, Delagrave, 1977.
- KANT Emmanuel, *Métaphysique des mœurs I ; Fondation, Introduction*, (1785- 1797), trad. Alain RENAUT, Paris, GF Flammarion, 1994.
- KANT Emmanuel, *Métaphysique des mœurs II ; Doctrine du droit, doctrine de la vertu* (1797), trad. Alain Renaut, Paris, GF Flammarion, 1994. *Métaphysique des mœurs, IIe partie : Doctrine de la vertu* (1797), trad. A. Philonenko, Paris, Vrin, 2002.
- KANT Emmanuel, *Anthropologie du point de vue pragmatique* (1798), trad. Alain Renaut, Paris, GF-Flammarion, 1993.

¹ Il s'agit ici du cancérologue, et non du psychiatre qui porte le même nom.

Références

- KANT Emmanuel, *Le conflit des facultés en trois sections* (1798), trad. J. Gibelin, Paris, Vrin, 1988.
- KARPIK Lucien, *L'économie des singularités*, Paris, Gallimard, « Bibliothèque des sciences humaines », 2007.
- KELLER Pascal-Henri, *La médecine psychosomatique en question ; le savoir du malade*, Paris, Odile Jacob, 1997.
- KLEIN Alexandre (dir.), *Les sensations de santé*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 2010.
- KLEIN Etienne, « La science et l'avenir de la société », in : Dominique LECOURT (dir.), *La science et l'avenir de l'homme*, Paris, Presses Universitaires de France, 2005.
- KHAYAT David, *De Larmes et de sang*, Paris, Odile Jacob, 2013.
- KUHN Thomas Samuel, *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, « Champs », 1983.
- KUNDERA Milan, *L'Insoutenable légèreté de l'être*, Paris, Gallimard, 1984.
- LABARRIERE Jean-Louis, « Du phronimos comme critère de l'action droite chez Aristote », in : Danielle LORIES et Laura RIZZERIO (dir.), *Le jugement pratique ; autour de la notion de phronèsis*, Paris, Vrin, 2008, p.145-66.
- LACAN Jacques, *Ecrits*, Paris, Seuil, 1966.
- « Au-delà du 'Principe de réalité' » (1936), in *id.*, p.73-92.
 - « L'agressivité en psychanalyse » (1948), in *id.*, p. 101-24.
 - « Introduction théorique aux fonctions de la psychanalyse en criminologie » (1950), in *id.*, p.125-50.
 - « Propos sur la causalité psychique » (1946), in *id.*, p.151-96.
 - « Le temps logique et l'assertion de certitude anticipée » (1945), in *id.*, p.197-214.
 - « Intervention sur le transfert » (1951), in *id.*, p.215-28.
 - « Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse » (1953/1956), in *id.*, p. 237-322.
 - « La direction de la cure et les principes de son pouvoir » (1958), in *id.*, p.585-645.
 - « A la mémoire d'Ernest Jones. Sur sa théorie du symbolisme (1960), in *id.*, p.697-717.
 - « Remarque sur le rapport de Daniel Lagache : "Psychanalyse et structure de la personnalité" » (1961), in *id.*, p.647-84.
 - « La signification du phallus » (1958), in *id.*, p.685-96.
 - « Kant avec Sade » (1963), in *id.*, p.765-790.
 - « Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien » (1960), in *id.*, p. 793-827.
 - « Position de l'inconscient » (1964), in *id.*, p.829-50.
 - « Du "Trieb" de Freud et du désir du psychanalyste » (1964), in *id.*, p.851-4.
 - « La science et la vérité » (1965), in *id.*, p.855-96.
- LACAN Jacques, *Autres Ecrits*, Paris, Seuil, 2001.
- « Les complexes familiaux dans la formation de l'individu » (1938), *Autres Ecrits*, Paris, Seuil, 2001, p.23-84.
 - « Proposition du 9 octobre 1967 sur le psychanalyste de l'Ecole », *Autres Ecrits*, Paris, Seuil, 2001, p.243-259.
 - « Radiophonie » (1970), *Autres Ecrits*, Paris, Seuil, 2001, p.403-447.
 - « L'étourdit » (1972), *Autres écrits*, Paris, Seuil, 2001, p.449-495.
 - « Télévision » (1973), *Autres écrits*, Paris, Seuil, 2001, p.509-546.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre I, Les écrits techniques de Freud* (1953-1954), texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris, Seuil, « Points essais », 1998.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre II, Le Moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse* (1954-1955), texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris, Seuil, 1978.

Références

- LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre III, Les psychoses* (1955-1956), Paris, Seuil, 1981.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre IV, La relation d'objet* (1956-1957), texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris, Seuil, 1994.
- LACAN Jacques, *Le séminaire, Livre V, Les formations de l'inconscient* (1957-1958), texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris, Seuil, 1998.
- LACAN Jacques, *Le séminaire, Livre VI, Le désir et son interprétation* (1958-1959), texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris, Seuil, 2013.
- LACAN Jacques, *Le séminaire, Livre VII, L'Éthique de la psychanalyse* (1959-1960), texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris, Seuil, 1986.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre VIII, Le transfert*, Paris, Seuil, 1991.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse* (1963-1964), texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris, Seuil, 1973.
- LACAN Jacques *Le Séminaire, Livre XVI, D'un autre à l'Autre* (1968-1969), texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris, Seuil, 2006.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire Livre XIX,...ou pire*, (1971-1972), texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris, Seuil, 2011.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre XX, Encore*, (1972-73), Paris, Seuil, 1975.
- LACAN Jacques, « Préface de *À propos de l'éveil du printemps* », trad. François Régnauld, Paris, Christian Bourgois éditeur, 1974, p. 7-10.
- LACAN Jacques, *Le triomphe de la religion, précédé de Discours aux catholiques*, Paris, Seuil, 2005.
- LACAN Jacques, « Le symbolique, l'imaginaire et le réel », in : *Des noms-du-père*, Paris, Seuil, 2005.
- LACAN Jacques, « Alla Scuola Freudiana », *Lacan in Italia 1953-1978. En Italie Lacan*, Milan, La Salamandra, 1978,p. 104-47.
- LAIN ENTRALGO Pedro, *Le médecin et le malade*, Paris, Hachette, « L'univers des connaissances », 1969.
- LAMBRICHS Louise L, *Le livre de Pierre*, Paris, La Différence, 1995.
- LAPLANCHE Jean, PONTALIS Jean-Bertrand, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, 1967.
- LAPLANTINE François, *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, 1986.
- LAPLANTINE François, *La description ethnographique*, Paris, Armand Colin, 2015.
- LASCH Christopher, *La Révolte des élites*, Castelnau-le-Lez, Climats, 1996.
- LAUXEROIS Jean, *La beauté des mortels: Essai sur le monde grec à l'usage des hommes d'aujourd'hui*, Paris, Desclée De Brouwer, 2011.
- LE BLANC Guillaume, *Vies ordinaires, vies précieuses*, Paris, Seuil, 2007.
- LE BRETON David, *La sociologie du corps*, Paris, Presses Universitaires de France, 1992.
- LE BRETON David, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, Presses Universitaires de France, 1992.
- LE BRETON David, *La chair à vif ; usages médicaux et mondains du corps humain*, Paris, Métailié, 1993.
- LE BRETON David, *Anthropologie de la douleur*, Paris, Editions Métailié, 2012.
- LEBRUN Jean-Pierre, *De la maladie médicale*, Bruxelles, De Boeck, 1993.
- LECOMTE Jacques, *La bonté humaine. Altruisme, empathie, générosité*, Paris, Odile Jacob, 2012.
- LECOURT Dominique, *Humain, posthumain*, Paris, Presses Universitaires de France, « Science, histoire et société », 2003.
- LECOURT Dominique (dir.) *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2004.
- « Personne », in *id.*, p. 857-859.

Références

- LECOURT Dominique (dir.), *La science et l'avenir de l'homme*, Paris, Presses Universitaires de France, 2005.
- LEFEVE Céline, « La relation de soin doit-elle être une relation d'amitié ? », in BENAROYO Lazare, LEFEVE Céline, MINO Jean-Christophe, WORMS Frédéric (dir.), *La philosophie du soin*, Presses Universitaires de France, Paris, 2010, p.107-126.
- LEFEVE Céline, « Peut-il seulement y avoir de bons médecins ? La relation médecin-malade selon Georges Canguilhem », in CRIGNON-DE OLIVEIRA Claire, GAILLE Marie (dir.), *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ?* Paris, Seli Arslan, 2010, p.16-33.
- LEFEVE Céline, « Quelle place pour la clinique dans la formation éthique des futurs médecins ? Fondements philosophiques et exemples d'enseignement d'éthique utilisant le cinéma », in : LEFEVE Céline, BARROUX Gilles (dir.), *La clinique ; usages et valeurs. Approches plurielles pour comprendre l'évolution de la médecine*, Paris, Seli Arslan, 2013, p.85-111.
- LEFF Gloria, *Portraits de femmes en analystes. Lacan et le contre-transfert*, Paris, Epel, « essais », 2009.
- LE GAUFÉY Guy, *L'incomplétude du symbolique*. Paris, Epel, 1991.
- LE GAUFÉY Guy, *Anatomie de la troisième personne*, Paris, Epel, 1999.
- LE GAUFÉY Guy, *L'objet a ; approches de l'invention de Lacan*, Paris, Epel, « Essais », 2012.
- LE GAUFÉY Guy, *Hiatus sexualis. Du non-rapport sexuel selon Lacan*, Paris, Epel, « Essais », 2013.
- LE GAUFÉY Guy, *Une archéologie de la toute-puissance*, Paris, Epel, « Essais », 2014.
- LEMAIRE François, RAMEIX Suzanne, GHANASSIA Jean-Pierre (dir.), *Le corps : à qui appartient-il ?*, Paris, Flammarion, « Médecine-Sciences », 1996.
- LEMOINE Elodie, PIERRON Jean-Philippe (dir.), *La mort et le soin. Autour de Vladimir Jankélévitch*, Paris, Presses Universitaires de France, « Questions de soin », 2016.
- LEMOINE Maël, *Introduction à la philosophie des sciences médicales*, Paris, Hermann, 2017.
- LEPOUTRE Thomas, « Un sadisme nécessaire chez le soignant ? », in DAVOUS Dominique, LE GRAND-SEBILLE Catherine, SEIGNEUR Etienne (dir.), *L'éthique à l'épreuve des violences du soin*, Toulouse, Erès, « Espace éthique », 2014, p.196-210.
- LEROI-GOURHAN André, *Le geste et la parole, II. La mémoire et les rythmes*, Paris, Albin Michel, 1965.
- LEVINAS Emmanuel, *Ethique et infini, Dialogues avec Philippe Nemo*, Paris, Livre de Poche, « Biblio essais », 1982.
- LEVINAS Emmanuel, « L'éthique est transcendance – Entretien avec E Hirsch », in Emmanuel HIRSCH, *Médecine et éthique, Le devoir d'humanité*, Paris, Cerf, 1990, p. 40-45.
- LEVINAS Emmanuel, *Entre nous. Essais sur le penser-à-l'autre*, Paris, LGF/ Livre de Poche, 2004.
- LEVINAS Emmanuel, *Altérité et transcendance*, Montpellier, Fata Morgana, « Essais », 1995. Réédition LGF/Livre de poche, 2006.
- LEVINAS Emmanuel, *Totalité et infini*, Paris, LGF/Livre de Poche, 2006.
- LEVINAS Emmanuel, *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*, Paris, LGF/ Livre de poche, 2011.
- LEVY Benny, *Le meurtre du pasteur. Critique de la vision politique du monde*, Verdier-Grasset, « Figures », 2002.
- LEVY-LEBLOND Jean-Marc, *Aux contraires. L'exercice de la pensée et la pratique de la science*, Paris, Gallimard, « Nrf essais », 1996.
- LEVY-LEBLOND Jean-Marc, *La pierre de touche. La science à l'épreuve...*, Paris, Gallimard, « Folio essais », 1996.
- LEZE Samuel, *Freud Wars. Un siècle de scandales*, Paris, Presses Universitaires de France, 2017.
- LICHTENBERG Georg Christoph, *Le miroir de l'âme*, trad. Charles Le Blanc, Paris, José Corti, 1997.
- LINDEMANN Hilde, VERKERK Marian, URBAN WALKER Margaret (dir.), *Naturalized bioethics toward responsible knowing and practice*, Cambridge, Cambridge University Press, 2008.

Références

- LIOTTA David, « Deux dévalorisations récentes du consentement », in : CAVERNI Jean-Paul et GORI Roland (dir.), *Le consentement. Droit nouveau du patient ou imposture ?*, Paris, In Press Editions, 2005, p. 71-83.
- LIPOVETSKY Gilles, *Plaire et toucher ; essai sur la société de séduction*, Paris, Gallimard, 2017.
- LIVET Pierre, « Interactivité et reconnaissance de la singularité : les variétés du consentement », in : CAVERNI Jean-Paul et GORI Roland (dir.), *Le consentement. Droit nouveau du patient ou imposture ?*, Paris, In Press Editions, 2005, p.49-69.
- LLORCA Guy (dir.), *Guide pratique de la décision médicale ; l'éthique en clinique*, Paris, Med-line éditions, 2004.
- LOCKE John, *Identité et différence. L'invention de la conscience* [1700], trad. Etienne BALIBAR, Paris, Seuil, « Essais », 1998.
- LOMBARD Jean, *Platon et la médecine, le corps affaibli et l'âme attristée*, Paris, L'Harmattan, 1999.
- LOMBARD Jean, *Aristote et la médecine ; le fait et la cause*, Paris, L'Harmattan, 2004.
- LOMBARD Jean, VANDEWALLE Bernard, *Philosophie et soin*, Paris, Seli Arslan, 2009.
- LOMBARD Jean, *Ethique médicale et philosophie. L'apport de l'Antiquité*, Paris, L'Harmattan, 2009.
- LORD Catherine, *L'été de Sa Calvitie* (2004), trad. Denis Petit, Paris, Unebévée-éditeur, 2006.
- LORIES Danielle, RIZZERIO Laura (dir.), *Le jugement pratique ; autour de la notion de phronèsis*, Paris, Vrin, 2008.
- MC CABE Mary Margaret, *Platonic conversations*, Oxford, Oxford University Press, 2015.
- MAC INTYRE Alasdair, *Après la vertu* (1981), trad. Laurent BURY, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2006.
- MACHEREY Pierre, *S'orienter*, Paris, Kimé, 2017.
- MAILLARD Nathalie, *La vulnérabilité, une nouvelle catégorie morale ?* Genève, Labor et Fides, 2011.
- MAILLARD Nathalie, « La vulnérabilité ou l'épuisement d'un certain mode de penser », in JOUSSET David, BOLES Jean-Michel, JOUQUAN Jean (dir.), *Penser l'humain vulnérable. De la philosophie au soin*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2017, p.103-116.
- MANN Thomas, *La montagne magique* (1926), Paris, Arthème Fayard (1931), « Le Livre de Poche », 1997.
- MANNONI Octave, *Clefs pour l'Imaginaire ou l'Autre Scène* (1969), Paris, Seuil, « Points », 1985.
- MANZINI Frédéric, *Spinoza : une lecture d'Aristote*, Paris, Presses Universitaires de France, « Epiméthée », 2009.
- MARIE Pierre, *La croyance, le désir et l'action*, Paris, Presses Universitaires de France, 2011.
- MARIN Claire, *Hors de moi*, Paris, Alia, 2008.
- MARIN Claire, « "Who cares ?" Quelle attention au malade dans la relation thérapeutique ? » in BENAROYO Lazare, LEFEVE Céline, MINO Jean-Christophe, WORMS Frédéric (dir.), *La philosophie du soin*, Presses Universitaires de France, Paris, 2010, p. 127-140.
- MARIN Claire, WORMS Frédéric (dir.), *A quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott*, Paris, Presses Universitaires de France, « Questions de soin », 2015.
- MARION Jean-Luc, *Le phénomène érotique*, Paris, Grasset, 2003.
- MARKS Harry, *La médecine des preuves, Histoire et anthropologie des essais cliniques 1900-1990*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 1999.
- MARTIN DU GARD Roger, « La consultation », *Les Thibault II*, Paris, Gallimard, « Folio », 1955.
- MARTY François, « La prudence chez Kant. Temps inconditionné de la liberté », in : Danielle LORIES, Laura RIZZERIO (dir.), *Le jugement pratique ; autour de la notion de phronèsis*, Paris, Vrin, 2008, p.293-316.
- MARTY Pierre, *Mentalisation et psychosomatique*, Chilly-Mazarin, Delagrangue, « Les empêcheurs de penser en rond », 1991.

Références

- MARX Karl, *Manuscrits économique-philosophiques de 1844*, trad. Franck Fischbach, Paris, Vrin, 2014.
- MARX Karl, *Thèses sur Feuerbach*, Marxiste Internet Archive, www.marxiste.org.
- MASQUELET Alain, *Le raisonnement médical*, Paris, Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? », 2006.
- MAURIN Eric, *L'égalité des possibles. La nouvelle société française*, Paris, Seuil, 2002.
- MAUSS Marcel, *Essai sur le don, Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques* (1923-1924), Edition électronique, Les classiques des sciences sociales, <http://classiques.uqac.ca/>.
- MAUSS Marcel, *Manuel d'ethnographie* (1926), Edition électronique, Les classiques des sciences sociales, <http://classiques.uqac.ca/>.
- MAZZEO Marco, « Apologie d'un killer. Expérience empirique et dialectique peirastique », in Loïc NICOLAS (dir.), *Le Fragile et le flou. De la précarité en rhétorique*, Paris, Classiques Garnier, 2018.
- MEMMI Dominique, *Les gardiens du corps, Dix ans de magistère bioéthique*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1996.
- MEMMI Dominique, « La biopolitique déléguée », in Dominique FASSIN et Dominique MEMMI (Dir.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2004.
- MEMMI Dominique, GUILLO Dominique, MARTIN Olivier (dir.), *La tentation du corps ; corporéité et sciences sociales*, Paris, Éditions de l'EHESS, « Cas de figure », 2009.
- MEMMI Dominique, *La revanche de la chair ; essai sur les nouveaux supports de l'identité*, Paris, Seuil, 2014.
- MEMMI Dominique, RAVENEAU Gilles, TAÏEB Emmanuel (dir.), *Le social à l'épreuve du dégoût*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2016.
- MERCADIER Catherine, *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*, Paris, Seli Arslan, 2002.
- MERCADIER Catherine, « Hôpital silence ! Le travail émotionnel des soignants », in Fabrice FERNANDEZ, Samuel LEZE, Hélène MARCHE (dir.), *Le langage social des émotions ; études sur les rapports au corps et à la santé*, Paris, Anthropos Economica, 2008, p.239-262.
- MERLEAU-PONTY Maurice, *Phénoménologie de la perception* (1945), Paris, Gallimard, « Tel », 2012.
- METAYER Michel, *La philosophie éthique ; enjeux et débats actuels*, Québec, Éditions du Renouveau Pédagogique, 1997.
- MEYERS Todd, *Chroniques de la maladie chronique*, Paris, Presses Universitaires de France, « Questions de soin », 2017.
- MICHELSTAEDTER Carlo, *La persuasion et la rhétorique ; appendices critiques*, Paris, L'Eclat, 2015.
- MILL John Stuart, *L'utilitarisme. Essai sur Bentham*, Paris, Presses Universitaires de France, 2012.
- MILNER Jean-Claude, *Le triple du plaisir*, Lagrasse, Verdier, 1997.
- MILNER Jean-Claude, *Le pas philosophique de Roland Barthes*, Lagrasse, Verdier, 2003.
- MILNER Jean-Claude, *Le Juif de savoir*, Paris, Grasset et Fasquelle, 2006.
- MILNER Jean-Claude, *La politique des choses. Court traité politique 1*, Lagrasse, Verdier, 2011.
- MILNER Jean-Claude, *Pour une politique des êtres parlants. Court traité politique 2*, Lagrasse, Verdier, 2011.
- MINO Jean-Christophe, « D'un système de maladie à un système de santé : les enjeux contemporains des transformations de la médecine », in ZITOUN Robert, DUPONT Bernard-Marie (dir.), *Penser la médecine, essais philosophiques*, Paris, Ellipses, 2002, p. 265.
- MONDOR Henri, *Les Diagnostics urgents : Abdomen* (1928), Paris, Masson, 1979.
- MONDZAIN Marie-José, « Le therapôn, rappel d'une histoire, défense d'une fonction », in Patrick CHEMLA (dir.), *La fabrique du soin*, Ramonville Ste Agnès, Eres, « Santé mentale », 2012, p. 151-163.

Références

- MONDZAIN Marie-José, *Confiscation des mots, des images et du temps. Pour une autre radicalité*, Paris, Les Liens qui Libèrent, 2017.
- MONTGOMERY Kathryn, *How doctors think; clinical judgment and the practice of medicine*, Oxford, Oxford University Press, 2006.
- MOREL Pierre-Marie, *Aristote, une philosophie de l'activité*, Paris, GF Flammarion, 2003.
- MOTTE André, « L'invention de la phronésis par Démocrite », in Danielle LORIES, Laura RIZZERIO (dir.), *Le jugement pratique ; autour de la notion de phronésis*, Paris, Vrin, 2008, p.75-104.
- NACHT Sacha, *La Psychanalyse d'aujourd'hui*, Paris, Presses Universitaires de France, 1956.
- NAGY Gregory, *The best of the Acheans*, http://nrs.harvard.edu/urn-3:hul.ebook:CHS_NagyG.The_Best_of_the_Achaeans.1999
- NAGY Gregory, *The ancient greek heroes in 24 hours - Heroes in epic and lyric poetry*, Harvard University Press, 2013.
- NANCY Jean-Luc, *Corpus*, Paris, Métailié, 2000.
- NDOYE Malick, *Groupes sociaux et idéologie du travail dans les mondes homériques et hésiodique*, Besançon, Institut des Sciences et Techniques de l'Antiquité, 2010.
- NICOLAS Loïc (dir.), *Le Fragile et le flou, De la précarité en rhétorique*, Paris, Classiques Garnier, 2018.
- NIETZSCHE Friedrich, *Ainsi parlait Zarathoustra ; un livre qui est pour tous et qui n'est pour personne*, trad. Maurice de Condillac, Paris, Gallimard, « Folio essais », 1971.
- NIETZSCHE Friedrich, *Par delà bien et mal ; prélude d'une philosophie de l'avenir*, trad. Cornélius HEIM, Paris, Gallimard, « Folio Essais », 1971.
- NIETZSCHE Friedrich, *La naissance de la tragédie*, trad. Michel Haar, Philippe Lacoue-Labarthe, Jean-Luc Nancy, Paris, Gallimard, « Folio essais », 1977.
- NIETZSCHE Friedrich, *Le Gai Savoir*, trad. Patrick Wotling, Paris, GF Flammarion, 2007.
- NIETZSCHE Friedrich, *La volonté de puissance*, vol. I, trad. G. Bianquis, Paris, Gallimard, « Tel », 1995.
- NIETZSCHE Friedrich, *Contribution à la généalogie de la morale*, Paris, Christian Bourgois, « 10/18 », 1974.
- NUSSBAUM Martha C, *Fragility of Goodness*, Cambridge, Cambridge University Press, 1986. *La fragilité du bien, fortune et éthique dans la tragédie et la philosophie grecques*, Paris, L'Eclat, 2016.
- NUSSBAUM Martha C, *Upheavals of thought ; the intelligence of emotions*, Cambridge, Cambridge University Press, 2001.
- O'DWYER DE MACEDO Heitor, *Lettres à une jeune psychanalyste*, Paris, Stock, 2008.
- OGIEN Ruwen, *Mes mille et une nuits ; la maladie comme drame et comme comédie*, Paris, Albin Michel, 2017.
- OGIEN Ruwen, « La faiblesse de la volonté est-elle toujours irrationnelle ? » in *Le rasoir de Kant et autres essais de philosophie pratique*, Paris, L'Eclat, 2006.
- ORELLANA Jorge Banos, *Jacques Lacan 1901-1932. Bildungsroman*, Paris, Epel, 2018.
- ORWELL George, *1984*, Paris, Gallimard, « Folio », 1972.
- OVIDE, *Métamorphoses*, Texte établi par Désiré Nisard, Firmin-Didot, 1850, https://fr.wikisource.org/wiki/Les_M%C3%A9tamorphoses/Texte_entier.
- PACHERIE Elisabeth, « L'empathie et ses degrés », in BERTHOZ Alain, JORLAND Gérard (dir.), *L'empathie*, Paris, Odile Jacob, 2004, p.149-181.
- PEIRCE Charles Sanders, *The Collected Papers of Charles Sanders Peirce*, Electronic Edition, John DEELY (dir.), reproducing Vols. I-VI ed. Charles Hartshorne and Paul Weiss (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1931-1935), Vols. VII-VIII ed. Arthur W. Burks (same publisher, 1958), 1994, <http://www.nlx.com/collections/95>.

Références

- PELLEGRINO Edmund D, THOMASMA David C, *A philosophical basis of medical practice. Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*, New York, Oxford, Oxford University Press, 1981.
- PELLEGRINO Edmund D, THOMASMA David C, *The virtues in medical practice*, Oxford, Oxford University Press, 1993.
- PELLUCHON Corinne, *L'autonomie brisée. Bioéthique et philosophie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2008.
- PELLUCHON Corinne, *Éléments pour une éthique de la vulnérabilité : Les hommes, les animaux, la nature*, Paris, Cerf, 2011.
- PENNAC Daniel, *Ancien malade des hôpitaux de Paris*, Paris, Gallimard, « Folio », 2012.
- PERELMAN Chaïm, *Rhétoriques*, Bruxelles, Editions de l'Université de Bruxelles, 1989.
- PERELMAN Chaïm, *L'empire rhétorique. Rhétorique et argumentation*, Paris, Vrin, 2012.
- PERRIER François, « Séminaire sur l'amour », *La chaussée d'Antin*, Paris, Bibliothèque Albin Michel, p.351 sq.
- PHILLIPS Adam, *Le pouvoir psy [Terrors and experts, 1995]*, trad. Claire Joly, Paris, Hachette Littératures, « Pluriel », 2001.
- PHILLIPS Adam, *Devenir Freud ; biographie d'un déplacement [2014]*, trad. Michel Gribinski, Paris, Editions de l'Olivier, « Penser/rêver », 2015.
- PIERRON Jean-Philippe, « Pour une clinique de l'incertitude », in LEMOINE Elodie, PIERRON Jean-Philippe (dir.), *La mort et le soin. Autour de Vladimir Jankélévitch*, Paris, Presses Universitaires de France, « Questions de soin », 2016, p.7-23.
- PIERRU Frédéric, *Hippocrate malade de ses réformes*, Paris, Editions du Croquant, 2007.
- PLATON, *Oeuvres complètes*, Luc BRISSON (dir.), Paris, Flammarion, 2008.
Le politique, trad. Luc Brisson et Jean-François Pradeau, in *id.*
Lois, trad. Luc Brisson et Jean-François Pradeau, in *id.*
Charmide, trad. Louis-André Dorion, in *id.*
- PLATON, *Premiers dialogues*, trad. Emile Chambry, Paris, GF Flammarion, 1967.
« Lysis », in *id.*
« Euthyphron », in *id.*
« Lachès », in *id.*
« Charmide », in *id.*; trad. Louis-André Dorion,
- PLATON, *Charmide, Lysis*, trad. Louis-André Dorion, Paris, GF Flammarion, 2004.
- PLATON, *Gorgias*, trad. Alfred Croiset, Paris, Les Belles Lettres, 2002.
- PLATON, *Phèdre*, trad. Luc Brisson, Paris, GF-Flammarion, 1995.
- PLATON, *Le Banquet*, trad. Luc Brisson, Paris, GF Flammarion, 2007 ; trad. Paul Vicaire, Paris, Les Belles Lettres, « Libro », 1992.
- PLATON, *Le sophiste*, trad. Nestor L. Cordero, Paris, GF Flammarion, 1993.
- PLATON, *Protagoras*, trad. Emile Chambry, Paris, GF-Flammarion, 1967.
- PLATON, *République*, trad. Robert Baccou, Paris, Librairie Garnier Frères, 1950.
- PEREIRA PAULO Lennize, TOURETTE-TURGIS Catherine, « Quand mon corps parle, qu'est-ce que j'apprends ? Ecouter son corps, une figure de la démarche d'enquête sur soi », in Christine DELORY-MOMBERGER, *Eprouver le corps*, Ramonville Ste Agnès, Eres, « Questions de société », 2016, p.203-214.
- PETIT Philippe, *Philosophie de la prostate*, Paris, Cerf, 2018.
- PIC DE LA MIRANDOLE Jean, *De la dignité de l'homme*, trad. Yves Hersant, Paris, Editions de l'Eclat, 1993.

Références

- PIERRON Jean-Philippe, *Vulnérabilité ; pour une philosophie du soin*, Paris, Presses Universitaires de France, 2010.
- PIERRON Jean-Philippe, VINOT Didier, CHELLE Elisa (dir.), *Les valeurs du soin ; Enjeux éthiques, économiques et politiques*, Paris, Seli Arslan, 2018.
- PIGEAUD Jackie, *Poétiques du corps, Aux origines de la médecine*, Paris, Les Belles Lettres, 2008.
- PIGEAUD Jackie, « Quelques notes sur la rhétorique médicale », in : *La rhétorique médicale à travers les siècles*, Actes du colloque international de Paris, 9 et 10 octobre 2008, Genève, Droz, 2012, p.1-22.
- POIRIER Jacques, *La médecine est-elle un art ou une science ?*, Paris, Académie des sciences, 2004.
- POLANYI Michael, *Personal knowledge : towards a post-critical philosophy*, Londres, Routledge, 1962.
- POLANYI Michael, *The tacit Dimension*, Londres, Routledge & Kegan Paul Ltd, 1966.
- PORTES Louis, *A la recherche d'une éthique médicale*, Paris, Masson et Presses Universitaires de France, 1955.
- POUVET Roger, *Le réalisme esthétique*, Paris, Presses Universitaires de France, 2006.
- POULAIN Jean-Pierre, *Sociologies de l'alimentation*, Paris, Presses Universitaires de France, 2002.
- PREDALI Dominique, SOUBEYRAND Jacques, *Douze gériatres en colère ; où il est question de la mondialisation de la maltraitance des vieux*, Paris, Fayard, 2009.
- PROCHIANZ Alain, *La biologie dans le boudoir*, Paris, Odile Jacob, 1995.
- PROCHIANZ Alain, *Les anatomies de la pensée*, Paris, Odile Jacob, 1997.
- PROCHIANZ Alain, « La science et l'avenir de l'espèce humaine », in Dominique LECOURT (dir.), *La science et l'avenir de l'homme*, Paris, Presses Universitaires de France, 2005.
- PUTNAM Hilary, *Fait / valeur : la fin d'un dogme et autres essais*, Paris, L'Éclat, 2004.
- QUIGNARD Pascal, *Critique du Jugement*, Paris, Galilée, 2015.
- QUINCHE Florence, « Perceptions médicales versus sensations internes. Percevoir la maladie : le point de vue médical face au ressenti du sujet », in Alexandre KLEIN (dir.), *Les sensations de santé*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 2010, p.131-56.
- RACHELS James, « Ethical theory and bioethics », in Helga KUHSE, Peter SINGER (dir.), *A companion to bioethics, 2nd edition*, Blackwell, 2009, p.15-23.
- RAFANELLI ORRA Josep, *En finir avec le capitalisme thérapeutique. Soins, politique et communauté*, Paris, Editions La Découverte, « les empêcheurs de penser en rond », 2011.
- RAWLS John, *La justice comme équité. Une reformulation de Théorie de la justice*, Paris, La Découverte, 2003.
- REACH Gérard, *Pourquoi se soigne-t-on ? Enquête sur la rationalité morale de l'observance*, Lormont, Editions du Bord de l'eau, 2^e éd., 2007.
- REACH Gérard, *L'inertie clinique – une critique de la raison médicale*, Paris, Springer Verlag France, 2013.
- REICHLER Claude (dir.), *Le corps et ses fictions*, Paris, Minuit, 1983.
- REIK Theodor, *Ecouter avec la troisième oreille. L'expérience intérieure d'un psychanalyste*, Paris, Epi, 1976.
- REVERZY Jean, *Oeuvres complètes*, Paris, Flammarion, 2002.
- « Le passage » (1954), *Oeuvres complètes*, Paris, Flammarion, 2002, p.27-172.
- « Place des angoisses » (1956), *Oeuvres complètes*, Paris, Flammarion, 2002, p.179-251.
- « Mon métier de médecin », *Oeuvres complètes*, Paris, Flammarion, 2002, p.452-456.
- « La vraie vie » (1959), *Oeuvres complètes*, Paris, Flammarion, 2002, p.553-607.
- RICHIR Marc, *Le corps ; essai sur l'intériorité*, Paris, Hatier, 1993.
- RICOEUR Paul, *De l'interprétation ; essai sur Freud*, Paris, Seuil, « Points », 1965.
- RICOEUR Paul, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990.

Références

- RICOEUR Paul, « Préface à "Médecins tortionnaires, médecins résistants" », *Lectures I*, Paris, Seuil, « Points », 1991.
- RICOEUR Paul, *Anthropologie philosophique ; essais et conférences 3*, Paris, Seuil, « La couleur des idées », 2013.
- RITTER Marcel, « Pourquoi des entretiens préliminaires ? », in : Jean-Richard FREYMAN (dir.), *Les entretiens préliminaires à une psychanalyse*, Toulouse - Strasbourg, Erès- Arcanes, 2016, p.13-22.
- RIZZERIO Laura, « Aspects de la *phronèsis* présocratique : Héraclite et Empédocle », in : Danielle LORIES, Laura RIZZERIO (dir.), *Le jugement pratique ; autour de la notion de phronèsis*, Paris, Vrin, 2008, p.47-74.
- ROMAINS Jules, *Knock ou le triomphe de la médecine* (1923), Paris, Gallimard, « Folio », 1972.
- ROSA Harmut, *Accélération. Une critique sociale du temps* (2005), trad. Didier Renault, Paris, La Découverte, 2010.
- ROUSSEAU Jean-Jacques, « Discours sur l'origine de l'inégalité parmi les hommes », Ière Partie, *Œuvres complètes III*, Paris, Gallimard, « Pléiade », 1964.
- ROUSSEAU Jean-Jacques, *Emile ou de l'éducation*, édition en ligne www.rousseauonline.ch.
- ROY Olivier, *La Sainte Ignorance. Le temps de la religion sans culture*, Paris, Seuil, « Points essais », 2008.
- RUFFIE Jacques, *Le sexe et la mort*, Paris, Odile Jacob, 1986.
- RYLE Gilbert, *L'itinéraire de Platon*, Paris, Vrin, 2003.
- RYLE Gilbert, *La notion d'esprit. Pour une critique des concepts mentaux*, Paris, Payot et Rivages, 2005.
- SADIN Eric, *L'humanité augmentée. L'administration numérique du monde*, Montreuil, Editions l'Echappée, « Pour en finir avec », 2013.
- SAINT-ONGE Jean-Claude, *Tous fous ? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie*, Montréal, Les éditions Ecosociété, 2013.
- SAUSSURE Ferdinand de, *Cours de linguistique générale*, Tullio de Mauro (dir.), Paris, Payot, 1972.
- SCHELER Max, *Nature et formes de la sympathie. Contribution à l'étude des lois de la vie émotionnelle*, Paris, Payot, 1950.
- SCHOPENHAUER Arthur, *Le fondement de la morale*, trad. Auguste Burdeau, Paris, LGF/Le livre de poche, 1991.
- SCHOPENHAUER Arthur, *Le monde comme volonté et comme représentation*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige », 2009.
- SCHUR Max, *La mort dans la vie de Freud*, Paris, Gallimard, « Tel », 1975.
- SCHWEYER François-Xavier, PENNEC Simone, CRESSON Geneviève, BOUCHAYER Françoise (dir.), *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Paris, Editions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2004.
- SENNETT Richard, *Ce que sait la main. La culture de l'artisanat*, trad. Pierre-Emmanuel Dauzat (2008 *The Craftsman*, Yale University Press), Paris, Albin Michel, 2010.
- SERRES Michel, *Les cinq sens* (1995), Paris, Arthème Fayard, « Pluriel », 2014.
- SEVERAC Pascal, *Le devenir actif chez Spinoza*, Paris, Champion, 2005 .
- SEY Marie, *Le malaise d'Hippocrate. Témoignage d'une femme de lettres atteinte de la SLA*, Paris, Les Editions Chapitre.com, 2016.
- SHAFTESBURY, *Enquête sur la vertu et le mérite* (1715), Edition électronique, Les classiques des sciences sociales, <http://classiques.uqac.ca/>.
- SHAY Jonathan, *Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character*, New York, Touchstone/Simon & Schuster, 1995.

Références

- SIBONY-MALPERTUS Yaelle, *Une liaison philosophique : du thérapeutique entre Descartes et la princesse Elisabeth de Bohême*, Paris, Stock, 2012.
- SICARD Didier, HADDAD Gérard, *Hippocrate et le scanner ; réflexions sur la médecine contemporaine*, Paris, Desclée de Brouwer, 1999.
- SICARD Didier, VIGARELLO Georges (dir.), *Aux origines de la médecine*, Paris, Fayard, 2011.
- SIGGEN Michel, *L'expérience chez Aristote*, Bern, Peter Lang, 2005.
- SIMONDON Gilbert, *L'individuation à la lumière des notions de forme et d'information*, Grenoble, Millon, 2005.
- SKRABANEK Petr, *La fin de la médecine à visage humain*, Paris, Odile Jacob, 1995.
- SLOTERDIJK Peter, *Règles pour le parc humain*, suivi de *La domestication de l'Etre*, Paris, Mille et une nuits, 2010.
- SOLHDJU Katrin, *L'épreuve du savoir ; propositions pour une écologie du diagnostic*, Dijon, Les Presses du réel / Editions Dingdingdong, 2015.
- SPINOZA Baruch, *Ethique*, trad. B. Pautrat, Paris, Seuil, « Points », 2010.
- SPRANZI Martha, « Humanité et maltraitance ordinaire : leçons de quelques lettres de plainte de patients hospitalisés », in : CRIGNON-DE OLIVEIRA Claire, GAILLE Marie (dir.), *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ?* Paris, Seli Arslan, 2010, p.284-299.
- STENGERS Isabelle, *La volonté de faire science ; à propos de la psychanalyse*, Le Plessis, Les empêcheurs de penser en rond, 1992.
- STIGLITZ Joseph E., *Le triomphe de la cupidité*, trad. Paul Chemla, Paris, Babel, 2010.
- STRAUSS Leo, *Sur « Le Banquet » ; la philosophie politique de Platon*, trad. Olivier Sedeyn, Paris Tel Aviv, L'Eclat, « Pemos », 2006.
- SUPIOT Alain, *La gouvernance par les nombres, Cours au collège de France 2012-2014*, Paris, Fayard, 2015.
- SUREAU Claude, *Son nom est personne*, Paris, Albin Michel, 2005.
- THEVENOT Xavier, *La Bioéthique*, Paris, Éditions du Centurion, 1989.
- THURIN Jean-Michel, BAUMANN Nicole (dir.), *Stress, pathologies et immunité*, Paris, Flammarion/Médecine-Sciences, 2003.
- TILLICH Paul, *Le courage d'être* (1952), trad. Jean-Pierre Le May, Genève, Labor et Fides, 2014.
- TISSIER-DESBORDES Elisabeth, « Le corps hypermoderne », in AUBERT Nicole (dir.), *L'individu hypermoderne* (2004), Toulouse, Erès, 2017, p.237-71.
- TISSERON Serge, *L'empathie au cœur du jeu social*, Paris, Albin Michel, 2010.
- TRONTO Joan, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte, 2009.
- TUBIANA Maurice, *Histoire de la pensée médicale, Les chemins d'Esculape*, Paris, Flammarion, « Champs », 1995.
- VAIHINGER Hans, « Extrait du chapitre XXVI de la Philosophie du comme si », *Philosophia Scientiae* [En ligne], 2005 ; 9-1. URL : <http://journals.openedition.org/philosophiascientiae/625>.
- VALERY Paul, « Mélange » (1939), *Œuvres tome 3*, Paris, Le Livre de Poche, 2016, p.17-168.
- VALERY Paul, « Réflexions simples sur le corps » (1943), *Œuvres tome 3 - Variété V*, Paris, Le Livre de Poche, 2016, p.768-777.
- VALLANCIEN Guy, *La médecine sans médecin ? Le numérique au service du malade*, Paris, Gallimard, « Le Débat », 2015.
- VAN HEIJST Annelies, « Professional Loving Care and the Bearable Heaviness of Being », in HILDE LINDEMANN, MARIAN VERKERK, MARGARET URBAN-WALKER (dir.), *Naturalized Bioethics Toward Responsible Knowing and Practice*, Cambridge University Press, 2008, p.199-217.
- VANNI Michel, *L'impatience des réponses. L'éthique d'Emmanuel Levinas au risque de son inscription pratique*, Paris, CNRS éditions, 2004.

Références

- VEYNE Paul, *Foucault, sa pensée, sa personne*, Paris, Albin Michel, « Bibliothèque Idées », 2008.
- VIRNO Paolo, *Grammaire de la multitude*, Paris, L'Eclat, 2002.
- VIRNO Paolo, *Quando il verbo si fa carne, Linguaggio e natura umana*, Turin, Bollati Boringhieri, 2003.
- VIRNO Paolo, *Motto di spirito e azione innovativa*, Torino, Bollati Boringhieri, 2005.
- VIRNO Paolo, *Convenzione e materialismo ; l'unicità senza aura*, Roma, Derive Approdi, 2011.
- VIRNO Paolo, *Et ainsi de suite – La régression à l'infini et comment l'interrompre*, trad. Didier RENAULT, Paris, L'Eclat, 2013.
- VIRNO Paolo, *L'usage de la vie et autres sujets d'inquiétude*, Paris, L'Eclat, 2016.
- VIRNO Paolo, *Essai sur la négation. Pour une anthropologie linguistique*, trad. JC Weber, Paris, L'Eclat, 2016.
- VISIER Laurent (dir.), *Médecine, Maladie, Société : l'éthique médicale*, Montpellier, Sauramps Medical, 2008.
- VON UEXKÜLL Jakob, *Milieu animal et milieu humain*, (1956), trad. Charles Martin-Freville, Paris, Payot, « Bibliothèque Rivages », 2010.
- VOYER Gilles, *Qu'est-ce que l'éthique clinique ? Essai philosophique sur l'éthique clinique conçue comme réactualisation de l'éthique aristotélicienne*, Québec, Fides, 1996.
- WEBER Jean-Christophe, « Présences et absences du sujet dans le discours et la pratique de la médecine actuelle », in J KINABLE, M LEGRAND, JL BRACKELAIRE, L NSHIMIRIMANA (dir.), *Transhumances V, Actes du colloque de Cerisy : Résistances au sujet, résistances du sujet*, Namur, Presses Universitaires de Namur, 2004, p. 281-94.
- WEBER Jean-Christophe, « La médecine comme outil de normalisation sociale du citoyen », in : Eurocos, Humanisme et santé (dir.) *Normes et procédures ; la santé entre menaces et opportunités*, Paris, Editions de santé, 2006, p 133-9.
- WEBER Jean-Christophe, « L'immixtion de l'économie dans la pratique médicale : principe de réalité ou choc des cultures », in : JP ALIX, B ANCORI, P PETIT (dir.), *Sciences en société au XXI siècle ; autres relations, autres pratiques*, Paris, CNRS Editions, 2008, p. 121-134.
- WEBER Jean-Christophe, « Est-il recevable et acceptable de limiter l'offre de soins ? », in : EURO COS HUMANISME ET SANTE (dir.), *De l'accès à l'excès, évolution et ambiguïté de la demande de soins*, Paris, Éditions de santé, 2008, p. 57-64.
- WEBER Jean-Christophe, « Diffusion des connaissances ou des croyances ? Un défi pour la pratique », in EURO COS, HUMANISME ET SANTE (dir.), *Internet des promesses pour la santé ?* Paris, Editions de santé, 2011, p.85-97.
- WEBER Jean-Christophe, « Les indications d'interruptions médicales de grossesse. Embarras pratiques », in HARDY Anne-Chantal, LE BODIC Cédric (dir.), *Prescrire-Proscrire, Enjeux de la médecine*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2012, p. 19-27.
- WEBER Jean-Christophe, « Souffrance et plaisir. La *technê* médicale aujourd'hui », in ANCORI Bernard, MELENOTTE George-Henri, STRAUSER Joëlle, WEBER Jean-Christophe (dir.), *Que sommes-nous aujourd'hui? Les figures du sujet*, Bern, Peter Lang, 2014, p.223-245.
- WEBER Jean-Christophe, « Performance et qualité : malentendus culturels ou mutations de la médecine hospitalière ? », in Pascal HINTERMEYER, David LE BRETON, Gabriele PROFITA (dir.), *Les malentendus culturels dans le domaine de la santé*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 2015, p.99-118.
- WEBER Jean-Christophe, « La créativité dans la pratique médicale », in N. DELFORGE, M. DORRIES (dir.), *Limites de la créativité. Normes, sciences, arts*, Paris, Kimé, 2016, p. 103-126.
- WEBER Jean-Christophe, *La consultation*, Paris, Presses Universitaires de France, « Questions de soin », 2017.

Références

- WEBER Jean-Christophe, « La vulnérabilité du médecin », in David JOUSSET, Jean-Michel BOLES, Jean JOUQUAN (dir.), *Penser l'humain vulnérable. De la philosophie au soin*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2017, p.281-296.
- WEBER Jean-Christophe, « Chasser le flou : vers une plus grande fragilité ? Le cas de la pratique médicale », in NICOLAS Loïc (dir.), *Le Fragile et le flou, De la précarité en rhétorique*, Paris, Classiques Garnier, 2018, p.229-244.
- WEBER Jean-Christophe, « L'individualisation des soins : des modalités multiples », in PIERRON Jean-Philippe, VINOT Didier, CHELLE Elisa (dir.), *Les valeurs du soin ; Enjeux éthiques, économiques et politiques*, Paris, Seli Arslan, 2018, p.43-55.
- WEBER Max, *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Flammarion, 2000.
- WEBER Max, *La science, profession et vocation*, trad. Isabelle Kalinowski, suivi de KALINOWSKI Isabelle, « Leçons Wébériennes sur la science et la propagande », Marseille, Agone, 2005.
- WEIL Simone, *Réflexions sur les causes de la liberté et de l'oppression sociale* (1934), Paris, Gallimard, « Idées NRF », 1955.
- WEIL Simone, *L'enracinement, Prélude à une déclaration des devoirs envers l'être humain* (1949), Paris, Gallimard, « Idées », 1949. Edition électronique, Les classiques des sciences sociales, <http://classiques.uqac.ca/>.
- WILLIAMS Bernard, « Internal and external reasons », trad. Sébastien Motta, in : Bruno GNASSOUNOU, *Philosophie de l'action*, Paris, Vrin, 2007, p.231-249.
- WILLIAMS John R, *Manuel d'éthique médicale : 3^e édition*, Association Médicale Mondiale, 2015.
- WINCKLER Martin, *En soignant, en écrivant*, Montpellier, Indigènes édition, 2000.
- WINNICOTT Donald W, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.
- WINNICOTT Donald W, *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, « Folio essais », 1975.
- WINNICOTT Donald W, « Cure », in : *Conversations ordinaires*, Paris, Gallimard, « Folio essais », 1988. Texte repris et commenté dans Marin Claire, Worms Frédéric (dir.), *A quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott*, Paris, Presses Universitaires de France, « Questions de soin », 2015.
- WINNICOTT Donald W, « Vivre créativement », in : *Conversations ordinaires*, Paris, Gallimard, « Folio essais », 1988.
- WITTGENSTEIN Ludwig, *Remarques sur la philosophie de la psychologie, volume I*, trad. Gérard GRANEL, Mauvezin, T.E.R., 1989.
- WITTGENSTEIN Ludwig, « Leçons sur l'Esthétique », in *Leçons et conversations*, Paris, Gallimard, « Folio », 1992, p. 15-78.
- WITTGENSTEIN Ludwig, « Conférence sur l'éthique », in *Leçons et conversations*, Paris, Gallimard, « Folio », 1992, p. 142-155.
- WITTGENSTEIN Ludwig, *Remarques mêlées* (1940), trad. JP Cometti, Paris, Flammarion, 2002.
- WITTGENSTEIN Ludwig, *Recherches philosophiques* (1953), Paris, Gallimard, 2004.
- WITTGENSTEIN Ludwig, *Le cahier bleu et le cahier brun*, Paris, Gallimard, « Tel », 1996.
- WITTGENSTEIN Ludwig, *De la certitude*, trad. Danièle Moyal-Sharrock, Paris, Gallimard, 2006.
- WOOLF Virginia, *De la maladie*, trad. Elise ARGAUD, Paris, Rivages poche, « Petite bibliothèque », 2007.
- WORMS Frédéric, *Le moment du soin ; à quoi tenons-nous ?*, Paris, Presses Universitaires de France, « Ethique et philosophie morale », 2010.
- WORMS Frédéric, « Vers un moment du soin ? Entre diversité et unité », in BENAROYO Lazare, LEFEVE Céline, MINO Jean-Christophe, WORMS Frédéric (dir.), *La philosophie du soin*, Presses Universitaires de France, Paris, 2010, p. 11-21.
- WORMS Frédéric, *Revivre. Eprouver nos blessures et nos ressources* (2012), Paris, Flammarion, « Champs essais », 2015.
- WORMS Frédéric, *Les maladies chroniques de la démocratie*, Paris, Desclée de Brouwer, 2017.

Références

- WORMS Frédéric, « Les dimensions vitales et morales de la vulnérabilité », in JOUSSET David, BOLES Jean-Michel, JOUQUAN Jean (dir.), *Penser l'humain vulnérable. De la philosophie au soin*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2017, p.129-138.
- ZAOUI Pierre, *La traversée des catastrophes, Philosophie pour le meilleur et pour le pire*, Paris, Seuil, « Points essais », 2013.
- ZAOUI Pierre, *La discrétion, ou l'art de disparaître*, Paris, Autrement, 2013.
- ZARCA Bernard, *Les artisans. Gens de métier, gens de parole*, Paris, L'Harmattan, « Logiques sociales », 1987.
- ZAWIEJA Philippe (dir.), *Dictionnaire de la fatigue*, Paris, Droz, 2016.
- ZITTOUN Robert, DUPONT Bernard-Marie (dir.), *Penser la médecine, essais philosophiques*, Paris, Ellipses, 2002.
- ZIZEK Slavoj, *La subjectivité à venir*, Paris, Flammarion, « Champs », 2006.
- ZORN Fritz, *Mars*, Paris, Gallimard, « Folio », 1979.
- ZUHR Ibn de Séville, *Le traité médical (Kitâb al-Taysîr)*, Paris, Vrin, 2010.
- ZUIDERENT-JERAK Teun, *Situated intervention. Sociological experiments in health care*, Cambridge, Massachusetts, Massachusetts Institute of Technology Press, 2015.
- ZUPPINGER Thibaud, *Agir en contexte. Enquête sur les pratiques ordinaires de l'éthique*, Paris, Kimé, 2016.

Références

ARTICLES DE REVUE

- AB E, DENIG P, VAN VLIET T, DEKKER JH, « Reasons of general practitioners for not prescribing lipid-lowering medication to patients with diabetes: a qualitative study », *BMC Family Practice* 2009;10:24.
- ACIERNO Antonio, D'ESPOSITO Massimo, DE PIETRO Giuseppe, « An extensible six-step methodology to automatically generate fuzzy DSSs for diagnostic applications », *BMC Bioinformatics* 2013; 14 (suppl. 1): S4.
- ADDIS M, WINCH C, « Introduction », *Journal of Philosophy of Education* 2017 ;51 (3) : 557-573.
- ADDIS M, « Activity concepts and expertise », *Journal of Philosophy of Education* 2017; 51(3) 574-587.
- AGAMBEN Giorgio, GRELET Stany, POTTE-BONNEVILLE Mathieu, « Une biopolitique mineure – entretien avec Giorgio Agamben », *Vacarme* 1999 ; 10 (4) : 4-10.
- AHLUWALIA S, MURRAY E, STEVENSON F, KERR C, BURNS J, « 'A heartbeat moment': qualitative study of GP views of patients bringing health information from the internet to a consultation », *British Journal of General Practice* 2010;60 (571): 88-94.
- AHMAD F, HUDAK PL, BERCOVITZ K, HOLLENBERG E, LEVINSON W, « Are Physicians Ready for Patients With Internet-Based Health Information? », *Journal of Medical Internet Research* 2006; 8 (3): e22.
- ALAM T, « Les mises en forme savante d'un mythe d'action publique : la sécurité sanitaire », *Genèses* 2010 ; 78 : 48-66.
- ALLMARK Peter, « Virtue and austerity », *Nursing philosophy* 2013;14:45-52.
- ALLORY Emmanuel, BANATRE Agnès, BOURBONNOIS Eléonore, et al., « Les attentes d'usagers d'un quartier prioritaire en termes de santé : une enquête qualitative », *Santé Publique* 2017 ; 29 (4) : 535-45.
- ALLOUCH Jean, « Perturbation dans pernépsy », *Littoral* 1988 ;26 : 63-86.
- ALLOUCH Jean, « De quoi suis-je fait? À propos de la parution Des noms-du-père de Jacques Lacan », *Acheronta, Revista de Psicoanálisis y Cultura*, 2005, 21, p.239.
- ALLOUCH Jean, « Jacques Lacan démantelant sa propre clinique », *Recherches en psychanalyse* 2010 ; 10 (2) : 213-219.
- ALVARENGA Raphael, « La mesure de l'impossible : penser le courage dans le cadre d'une rupture avec la condition présente » *Dissensus* 2009, 2 : 78-115.
- AMBRA Pedro, LAUFER Laurie, DA SILVA JUNIOR Nelson, « Psychanalyse et normativité : la question cisgenre », *Cliniques méditerranéennes* 2018/1 ; 97 : 229-242.
- AMOSSY Ruth, « Faut-il intégrer l'argumentation dans l'analyse du discours ? Problématiques et enjeux », *Argumentation et Analyse du Discours* [En ligne], 9 | 2012, mis en ligne le 15 octobre 2012, consulté le 28 février 2018.
- ANCORI Bernard, « Expertise et citoyenneté : les grecs anciens et nous. De l'agora antique aux forums hybrides modernes », *Revue d'anthropologie des connaissances* 2009 ;3 (3) : 485-529.
- ANQUETIL Alain, « Corruption et faiblesse de la volonté », *Le journal de l'école de Paris du management* 2005/1 ;°51 : 9-15.
- ANNAS Julia, « Plato and Aristotle on Friendship and Altruism », *Mind*, 1977; 86 (344): 532-54.
- ANRS, « Charte d'éthique de la recherche dans les pays en développement », *Journal International de Bioéthique* 2003 ;14,n°1-2,129-136.
- ANSCOMBE Gertrude Elizabeth M, « En quoi consiste croire quelqu'un ? » *Klesis, revue philosophique* 2009 ;13 : 11-20.

Références

- ANSCOMBE Gertrud Elizabeth M, « Modern moral philosophy », *Philosophy* 1958 ;33 (24) ; 1-19; « La philosophie morale moderne », trad. Geneviève Ginvert et Patrick Ducray, *Klesis, revue philosophique* 2008;9: 9-31.
- ANTENAT Nicolas, « Respect et vulnérabilité chez Levinas », *Le Portique* [En ligne], 11 | 2003, URL : <http://leportique.revues.org/558>
- APFELDORFER Gérard, ZERMATI Jean-Philippe, « La restriction cognitive face à l'obésité, histoire des idées, description clinique », *La Presse Médicale* 2001 ; 30(32) : 1575-80.
- APPAY Béatrice, « De l'autonomie émancipatrice à l'injonction d'autonomie », *Vie sociale* 2012 ; 1 (1) : 29-40.
- APPELBAUM Paul S, JORGENSON Linda M, SUTHERLAND Pamela K, « Sexual relationships between physicians and patients », *Archives of Internal Medicine* 1994;154(22):2561-5.
- ARNETZ BB, « Psychosocial challenges facing physicians of today », *Social Science and Medicine* 2001 ; 52 (2): 203-13.
- ARROYO Christopher, « Kant on the emotion of love », *European Journal of Philosophy* 2016; 24 (3) : 580-606.
- ASSOUN Paul-Laurent, « Le sujet de l'oubli selon Freud », *Communications* 1989 ; 49 La mémoire et l'oubli : 97-111.
- ASSOUN Paul-Laurent, « Le corps saint, du déni à la jouissance », *Champ psychosomatique* 2004 ;33 :11-27.
- ASSOUN Paul-Laurent, « L'exemple comme la chose même. Le cas et son sujet », *Psychologie Clinique* 2017/2 ; 44 : 86-98.
- AUDETAT MC, LAURIN S, SANCHE G, « Aborder le raisonnement clinique d'un point de vue pédagogique. 1. Un cadre conceptuel pour identifier les problèmes de raisonnement clinique », *Pédagogie Médicale* 2011 ; 12 (4), 223-229.
- AUDI Paul, « D'une compassion l'autre » , *Revue du MAUSS* 2008/2 ;32 : 185-202.
- AUJOULAT I, JACQUEMIN P, HERMANS MP, RIETZSCHEL E, SCHEEN A, TREFOIS P, et al, « Clinical inertia in general practice, a matter of debate: a qualitative study with 114 general practitioners in Belgium », *BMC Family Practice* 2015;16:13.
- AULAGNIER Piera, Le « désir de savoir » dans ses rapports à la transgression. *L'inconscient* 1967, n°1, p 109-125.
- AULAGNIER Piera, « Condamné à investir », *Nouvelle Revue de Psychanalyse* 1982 ; XXV : 309-330.
- AUMONIER Nicolas, « Existe-t-il une oblitération institutionnelle des raisons disponibles ? », *Revue de Métaphysique et de Morale* 2010 / 3 ;67 : 355-70.
- BAAS Bernard, « "Entre" philosophie et psychanalyse : la littérature comme expérience », *Savoirs et clinique*, 2012/1 ;15 : 42-52.
- BADCOTT David, « Employing patient expertise: Introduction to the theme », *Medicine, Health Care and Philosophy* 2005; 8: 147-48.
- BAERTSCHI Bernard, « La place du normatif en morale », *Philosophiques* 2001 ; 28(1) : 69-86.
- BARILAN Y. Michael, « Towards a dialogue between utilitarianism and medicine », *Medicine, Health Care and Philosophy* 2004;7:163-173.
- BAKER Lorraine, « Sexual harassment by patients forces doctors to alter their practice », *British Medical Journal* 2014;348:118.
- BAKER Robert, « In defense of bioethics », *Journal of Law, Medicine and Ethics* 2009; 37 (1): 83-92.
- BALAS EA, JAFFREY F, KUPERMAN GJ et al, « Electronic communication with patients. evaluation of distance medicine technology », *Journal of American Medical Association* 1997; 278:152-159.
- BALL MJ, LILLIS J, « E-health: transforming the physician:patient relationship », *International Journal Medical Informatics* 2001 ; 61 : 1-10.

Références

- BARNES DE, BERO LA., « Why review articles on the health effects of passive smoking reach different conclusions », *Journal of American Medical Association* 1998;279 (19) : 1566-70.
- BARTHES Roland, « L'ancienne rhétorique », *Communications*, 1970 ; 16 :172-223.
- BASDEVANT Arnaud, « Sémiologie et clinique de la restriction alimentaire », *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 1998 ; 33(4) : 235-41.
- BATT-RAWDEN Samantha A, CHISHOLM Margaret S, ANTON Blair, FLICKINGER Tabor E, « Teaching empathy to medical students : an updated, systematic review », *Academic medicine* 2013;88 (8):1171-7.
- BASS Henri-Pierre, VANIER Alain, MATHELIN-VANIER Catherine, « Psychanalyse et médecine, aujourd'hui », *Le Journal des psychologues* 2015/8 ; 330 : 53-9.
- BAUR Vivianne, VAN NISTELROOIJ Inge, VANLAERE Linus, « The sensible health care professional: a care ethical perspective on the role of caregivers in emotionally turbulent practices », *Medicine Health Care and Philosophy* 2017; 20:483–493.
- BECK François, NGUYEN-THANH Viêt, RICHARD Jean-Baptiste, RENAHY Emilie, « Usage d'internet : les jeunes, acteurs de leur santé ? », *Agora débats/jeunesses* 2013 ;1 (63) :102-112.
- BELLIN-LESTIENNE Constance, DESCHAMPS Valérie, NOUKPOAPE Amivi, et al., « Marqueurs de l'état nutritionnel des personnes recourant à l'aide alimentaire, étude Abena, 2004-2005 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 2006 ; 11-12 : 5-7.
- BENAROYO Lazare, « Chapitre 1. Peut-on accepter les progrès en sciences biomédicales sans progrès en éthique ? », *Journal International de Bioéthique* 2013/2 ; 24 : 21-42.
- BENBASSAT Jochanan, BAUMAL Reuben, « What is empathy, and how can it be promoted during clinical clerkship? », *Academic Medicine* 2004;79 (9):832-839.
- BERES David, ARLOW Jacob A, « Fantasma et identification dans l'empathie », *Revue française de psychanalyse* 2004/3 ; 68 : 771-790.
- BERESFORD Eric B, « Can phronesis save the life of medical ethics? » *Theoretical Medicine* 1996, 17(3): 209–24.
- BERG Marc, « The construction of medical disposals. Medical sociology and medical problem solving in clinical practice », *Sociology of Health & Illness* 1992; 14 (2): 151-180.
- BERG Marc, « Turning a practice into a science : reconceptualizing postwar medical practice », *Social Studies of Science* 1995; 25 (3): 437-476.
- BETZLER Riana J, « How to clarify the aims of empathy in medicine », *Medicine Health Care and Philosophy* 2018; <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9833-2>.
- BICKHOFF Laurie, SINCLAIR Peter M, LEVETT-JONES Tracy, « Moral courage in undergraduate nursing students: A literature review », *Collegian* 2017; 24 (1): 71–83.
- BICKHOFF Laurie, LEVETT-JONES Tracy SINCLAIR Peter M, « Rocking the boat — nursing students' stories of moral courage: A qualitative descriptive study », *Nurse Education Today* 2016;42: 35–40.
- BIDOU Jean Etienne, DROY Isabelle, « De la vulnérabilité individuelle aux syndromes de vulnérabilité : quelles mesures ? », *Revue Tiers Monde* 2013/1 ; 213 :123-42.
- BIEHN J, « Managing uncertainty in family practice », *Canadian Medical Association Journal* 1982; 126 : 915-7.
- BILLE Michel, « Vieillir. Le courage et l'indignation... », *Sens-Dessous* 2011/1 ; 8 :14-23.
- BISHOP Jeffrey P, REES Charlotte E, « Hero or has-been: Is there a future for altruism in medical education? », *Advanced Health Science Education Theory and Practice* 2007; 12(3): 391–399.
- BISHOP Jeffrey P, « Subjective experience and medical practice », *Journal of Medicine and Philosophy* 2012;37(2):91-5.
- BLANQUER Zig, DUFOUR Pierre, « Les noces du courage et du handicap », *Sens-Dessous* 2011/1; 8: 32-8.

Références

- BLEAKLEY Alan, FARROW Richard, GOULD David, MARSHALL Robert, « Making sense of clinical reasoning: judgment and the evidence of the senses », *Medical Education* 2003;37:544–552.
- BLEAKLEY Alan, MARSHALL Robert, BRÖMER Rainer, « Toward an aesthetic medicine : developing a core medical humanities undergraduate curriculum », *Journal of Medical Humanities* 2006; 27: 197-213.
- BLEAKLEY Alan, « A common body of care : the ethics and politics of teamwork in the operating theater are inseparable », *Journal of Medicine and Philosophy* 2006;30:305-322.
- BLEAKLEY Alan, BLIGH John, « Students learning from patients: Let's get real in medical education », *Advances in Health Sciences Education* 2008; 13: 89–107.
- BLEAKLEY Alan, MARSHALL Robert, « Can the science of communication inform the art of the medical humanities? », *Medical Education* 2013;47:126–133.
- BLESIN Laurence, « De l'affect à l'engagement. Une lecture pragmatiste du courage », *Dissensus* 2009 ;2 :146-65.
- BLOY Géraldine, « L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles », *Sciences sociales et santé* 2008 ; 26 (1) : 67-91.
- BLUME Stuart S, « Histories of cochlear implantation », *Social Science and Medicine* 1999;49:1257-68.
- BOBINEAU Olivier, « Qu'est-ce que l'agapē ? De l'exégèse à une synthèse anthropologique en passant par la théologie », *Revue du MAUSS* 2010/1 ; 35 :293-311.
- BOEHRINGER Sandra, « La sexualité a-t-elle un passé ? De l'erôs grec à la sexualité contemporaine : questions modernes au monde antique », *Recherches en psychanalyse* 2010/2 ;10 :189-201.
- BONAPARTE Marie, « De l'essentielle ambivalence d'Erôs », *Revue Française de Psychanalyse* 1948, 12 (1) :167-212.
- BOORSE Christopher, « Health as a theoretical concept », *Philosophy of Science* 1977,44:542-573; trad. Elodie Giroux, in *Philosophie de la médecine; santé, maladie, pathologie*, textes réunis par E. Giroux et M. Lemoine, Paris, Vrin, 2012, p.61-119.
- BOORSE Christopher, « A Second Rebuttal On Health », *Journal of Medicine and Philosophy* 2014;39: 683–724.
- BORDEYNE Philippe, « La référence à la vulnérabilité en éthique de la santé : défis et chances pour la foi chrétienne », *Revue d'éthique et de théologie morale, Le Supplément* 2006 ;239 :45-75.
- BORGHI C, BACCHELLI S, DEGLI ESPOSTI D, AMBROSIONI E, « Survival of Myocardial Infarction Long-Term Evaluation Study. Effects of early angiotensin-converting enzyme inhibition in patients with non-ST-elevation acute anterior myocardial infarction », *American Heart Journal* 2006 ;152(3):470-7.
- BOUDON-MILLOT Véronique, « Médecine et enseignement dans l'Art médical de Galien », *Revue des Études Grecques* 1993 ; 106 (504-505) :120-141.
- BOUISSOU Christine, BRAU-ANTONY Stéphane, « Réflexivité et pratiques de formation. Regards critiques », *Carrefours de l'éducation* 2005 ; 20 (2) : 113-122.
- BOURDELAIS Patrice, « Qu'est-ce que la vulnérabilité ? – Un petit coup renverse aussitôt la personne » (Süssmilch), *Annales de démographie historique* 2005/2 ;110 : 5-9.
- BOUVET Olivier, FLOCH Stéphane, « Manouches et Roms. Représentations sociales des personnels soignants : stigmatisation, déviance, étiquetage, stratégies », *Spécificités* 2012/1 ; n°5 : 257 – 274.
- BOVIER PA, PERNEGER TV, « Predictors of work satisfaction among physicians », *The European Journal of Public Health* 2003; 13 (4): 299-305.
- BOZZARO Claudia, BOLDT Joachim , SCHWEDA Mark, « Are older people a vulnerable group? Philosophical and bioethical perspectives on ageing and vulnerability », *Bioethics* 2018;32:233–239.
- BRACANOVIC Tomislav , « Respect for cultural diversity in bioethics. Empirical, conceptual and normative constraints », *Medicine, Health Care and Philosophy* 2011;14:229-236.

Références

- BRANDER Patrick, GARIN Nicolas, « Utilité de l'anamnèse et de l'examen clinique dans le diagnostic de la pneumonie », *Revue Médicale Suisse* 2011; 7 : 2026-9.
- BRAUNSTEIN Jean-François, « Bioéthique ou philosophie de la médecine ? », *Revue de métaphysique et de morale* 2014/2 ; 82 : 239-56.
- BRECHAT Pierre-Henri, LEENHARDT Antoine, MATHIEU-GRENOUILLEAU Marie-Christine, et al., « Des pôles d'activités hospitaliers entre gestion de la crise et mise en œuvre d'une politique de santé publique », *Santé Publique* 2010/5 ; 22 :571-80.
- BROADBENT Alex, « Prediction, Understanding, and Medicine », *Journal of Medicine and Philosophy : A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 2018; 43: 289–305.
- BRONNER Gérald, « Ce qu'Internet fait à la diffusion des croyances », *Revue européenne des sciences sociales* 2011 ;49(1) :35-60.
- BRUNI Luigino, « Erôs, Philia et Agapê. Pour une théorie de la réciprocité, plurielle et pluraliste », *Revue du MAUSS* 2010/1 ;35 : 389-413.
- BRUNON-ERNST Anne, « Le gouvernement des normes. Jeremy Bentham et les instruments de régulation post-moderne », *Archives de Philosophie* 2015/2 ;78 : 309-322.
- BÜHLER Karl-Ernst, « Foundations of clinical logagogy », *Medicine, Health Care and Philosophy* 2003;6:303-313.
- BUOB Baptiste, « De l'adresse. Remarques sur l'esthétique des gestes du luthier », *Gradhiva* [En ligne], 2013 ;17 URL : <http://gradhiva.revues.org/2610>.
- BUCELLI Irene, « The role of 'autonomy' in teaching expertise », *Journal of Philosophy of Education* 2017 ; 51 (3), 588-604.
- BURKLE Christopher M, KEEGAN Mark T, « Popularity of internet physician rating sites and their apparent influence on patients' choices of physicians » *BMC Health Services Research* 2015 ;15: 416.
- BUZZONI Marco, « On medicine as a human science », *Theoretical medicine* 2003;24:79-94.
- BYLUND CL, GUEGUEN JA, SABEE CM, IMES RS, LI Y, SANFORD AA, « Provider–patient dialogue about internet health information: an exploration of strategies to improve the provider–patient relationship », *Patient Education and Counseling* 2007 ; 66 : 346–52.
- CACCAMO Joseph, « Le mythe d'Aphrodite », *Cahiers de Gestalt-thérapie* 2011/2 ;28 :27-38.
- CALLAHAN D, « Principlism and communitarianism », *Journal of Medical Ethics* 2003;29;287-291.
- CAMPBELL AV, « The virtues (and vices) of the four principles », *Journal of Medical Ethics* 2003;29:292-296.
- CANGUILHEM Georges, « Antiquité et actualité de l'éthique médicale », *Bulletin officiel du Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes*, 1984, 4e trimestre, p. 71sq.
- CARRATALA-MUNUERA C, GIL-GUILLEN VF, OROZCO-Beltran D, MAIQUES-GALAN A, LAGO-DEIBE F, LOBOS-BEJARANO JM, et al, « Barriers to improved dyslipidemia control: Delphi survey of a multidisciplinary panel », *Family Practice* 2015;32:672-80.
- CARTWRIGHT Nancy, « A philosopher's view of the long road from RCTs to effectiveness », *Lancet* 2011;377:1400-1.
- CATALDO KP, PEEDEN K, GEESEY ME, DICKERSON L, « Association between Balint training and physician empathy and work satisfaction », *Family Medicine* 2005; 37 (5): 328-31.
- CHALLITA Marie, « From empathic mind to moral behaviour: the 'who', 'why' and 'how' », *Medicine Health Care and Philosophy* 2016; 19:517–522.
- CHANIAL Philippe, « Le New Public Management est-il bon pour la santé ? Bref plaidoyer pour l'inestimable dans la relation de soin », *Revue du MAUSS*, 2010/1 ;35 : 135-50.
- CHAUVEAU Sophie, « L'épreuve du vivant : santé publique et marché en France depuis les années 1970 », *Le mouvement social* 2009/4 ;229 :79-101.
- CHEMLA Patrick, « Neutralité malveillante », *La clinique lacanienne* 2009/1 ;15 : 43-59.

Références

- CHENAVIER Robert, « Le courage de Simone Weil. Ou la « griffe du réel » », *Sens-Dessous* 2011/1 ; 8 : 55-62.
- CHEVRET-CASTELLANI Christine, « La médiatisation du *burn out* dans la presse écrite. Le cas du quotidien Le Monde », *Questions de communication* 2017 ; 31 [En ligne].
- CHIRPAZ François, « L'esprit tragique », *Études* 2009 ; 411 (12) : 651-60.
- CHOUAID C, MOREL M, CANIS L, VIEL E, « Qualité et accréditation dans les établissements de santé », *Presse Médicale* 1998 ; 27:166-171.
- CHVETZOFF Roger, « Médecins, patients et leur relation amoureuse : Erôs contre Anterôs », *Médecine & Droit* 2017 :104-7.
- CITOT Vincent, GODO Pierre, « Entretien avec Jean-Luc Marion », *Le Philosophoire* 2000/1 ;11 : 5-22.
- CITOT Vincent, « Origine, structure et horizon de l'amour », *Le Philosophoire* 2000/1 ;11 : 23-71.
- CITOT Vincent, « Illusions et exigences du jugement esthétique », *Le Philosophoire* 2012/2 ;38 : 77-93.
- CITROME Leslie, « Compelling or irrelevant? Using number needed to treat can help decide », *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2008;117: 412-9.
- CITROME Leslie, « Relative vs. absolute measures of benefit and risk: what's the difference? », *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2010 ;121:94-102.
- CLARK Justin C, « Knowledge and temperance in Plato's *Charmide* », *Pacific Philosophical Quarterly* 2018;99 (2): doi: 10.1111/papq.12218.
- CLERO Jean-Pierre, « La décision médicale : la fin des décideurs ? », *Revue Française d'Ethique Appliquée* 2015 ; 1 :17-26.
- CLERO Jean-Pierre, « Le calcul benthamien des plaisirs et des peines ; calcul introuvable ou seulement indéfiniment différé ? », *Archives de philosophie* 2015/2 ; 78 :229-258.
- COATES Allen, « The enkratic requirement », *European Journal of Philosophy*, 2011
- COHEN Claudio, L'ABBATE KELIAN Rogério, AYER OLIVEIRA Reinaldo, GOBBETTI Gisele Joana, Massad Eduardo, « Sexual harassment in the physician-patient interaction: analysis of charges against doctors in the State of São Paulo », *Clinics (Sao Paulo)* 2009 ; 64(11): 1075-1083.
- COLLECTIF FORMINDEP, « *Le disease mongering* à l'heure de la médecine "personnalisée" », *Les tribunes de la santé* 2017 ;55 :37-44.
- COLLIER Roger, « When the doctor-patient relationship turns sexual », *Canadian Medical Association Journal* 2016; 188(4): 247-49.
- COMMITTEE ON ETHICS, « Sexual misconduct », *Obstetrics and Gynecology* 2007, 110(2):441-444.
- COMPAGNON L, BAIL P, HUEZ JF et al., « Définitions et descriptions des compétences en médecine générale », *Exercer* 2013;108:148-55.
- CONRAD Peter, « Medicalization and social control », *Annual Review of Sociology* 1992;18: 209-32.
- CONSTANTOPOULOS Michel, « Le souci de soi de Michel Foucault ou comment faire de sa vie une œuvre », *Che vuoi* 2003/1 ; 19 : 203-17.
- CORBIN Alain, « Conclusion », *Hypothèses* 2010/1 ;13 :155-60.
- CORNETTA Kenneth, BROWN Candy Gunther, « Perspective: balancing personalized medicine and personalized care », *Academic Medicine* 2013; 88: 309-13.
- COUCHOUD CG, BEUSCART JB, ALDIGIER JC, BRUNET PJ, MORANNE OP, « Development of a risk stratification algorithm to improve patient-centered care and decision making for incident elderly patients with end-stage renal disease », *Kidney International* 2015; 88:1178-86.
- COUNCIL ON ETHICAL AND JUDICIAL AFFAIRS, American Medical Association, « Sexual Misconduct in the Practice of Medicine », *JAMA* 1991;266:2741-5.
- COWAN Robert, « Perceptual intuitionism », *Philosophy and Phenomenological Research* 2015;90 (1): 164-193.

Références

- COX Ken, « Stories as case knowledge: case knowledge as stories », *Medical Education* 2001;35: 862-866.
- CROSKERRY Pat, « How doctors feel : affective issues in patients' safety », *The Lancet* 2008; 372: 1205-1206.
- CROSKERRY Pat, « A universal model of diagnostic reasoning », *Academic Medicine* 2009;84: 1022-1028.
- CROSKERRY Pat, « Clinical cognition and diagnostic error: applications of a dual process model of reasoning », *Advances in Health Sciences Education* 2009;14: 27-35.
- CROSKERRY Pat, ABBASS Allan, WU Albert W, « Emotional influences in patient safety », *Journal of Patient Safety* 2010; 6:199-205
- CUFF Benjamin MP, BROWN Sarah J, TAYLOR Laura, HOWAT Douglas J, « Empathy: A Review of the Concept », *Emotion Review* 2016; 8 (2):144-153.
- CUGNO Alain, « De notre indifférence », *Études* 2005/6 ;402 : 761-70.
- CURZER Howard J, « Is care a virtue for health care professionals? », *Journal of Medicine and Philosophy* 1993;18:51-69.
- CURZER Howard J, « Aristotle's practical syllogism », *The philosophical forum* 2015; 46 (2):129-153.
- DALGALARRONDO Sébastien, « Quelle place pour les associations de malades dans le processus d'innovation médicamenteuse ? Le cas des maladies rares », *Revue Française des Affaires Sociales* 2007 ;3-4 : 171-191.
- DAMET Aurélie, « Le sein et le couteau. L'ambiguïté de l'amour maternel dans l'Athènes classique », *Clio. Femmes, Genre, Histoire* [En ligne], 34 | 2011, mis en ligne le 31 décembre 2013.
- DANBLON Emmanuelle, « Sur le paradoxe de la preuve en rhétorique », *Communications* 2009 ;1 : 9-20.
- DANBLON Emmanuelle, « La rhétorique : art de la preuve ou art de la persuasion ? », *Revue de métaphysique et de morale* 2010 ;2 : 213-231.
- DANBLON Emmanuelle, « Il y a critique et critique : épistémologie des modèles d'argumentation », *Argumentation et Analyse du Discours* [En ligne], 9 | 2012, mis en ligne le 15 octobre 2012.
- DANBLON Emmanuelle, « Quels mots pour convaincre ? », *Sciences Humaines* 2013 ; n°246 :52.
- DAVIS F Daniel, « Phronesis, clinical reasoning, and Pellegrino's philosophy of medicine », *Theoretical Medicine* 1997; 18(1-2): 173-195.
- DAY Lisa, « Courage as a virtue necessary to good nursing practice », *American journal of critica care* 2007; 16 (6): 613-6.
- DESCHODT Gaëlle, « La pudeur, un bilan », *Hypothèses* 2010/1 ; 13 : 95-105.
- DECLERCQ Gilles, « Politique du paradigme : argumentation et fiction dans la Rhétorique d'Aristote », *Études françaises* 2000 ; 36 (1) : 49-74.
- DE GRECK Moritz, WANG Gang, YANG Xuedong, WANG Xiaoying, NORTHOFF Georg, HAN Shihui, « Neural substrates underlying intentional empathy », *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2012; 7(2): 135-144.
- DEIGH John, « Cognitivism in the theory of emotions », *Ethics* 1994 ; 104 : 824-54.
- DEJOURS Christophe, GERNET Isabelle, « Travail, subjectivité et confiance », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2012/1 ; 13 : 75-91.
- DE KONINCK Thomas, LAROCHELLE Gilbert, MINEAU André, « Archéologie de la médecine et de l'éthique », *Laval théologique et philosophique* 1999 ; 55 (2) : 227-244.
- DE LA ROBERTIE Louis, « Le corps. Textes de Jacques Lacan », *Littoral*, 1989, 27/28, p. 157-172.
- DELCOMMINETTE Sylvain, « La juste mesure. Etude sur les rapports entre le politique et le Philèbe », *Les études philosophiques*, 2005 ; 74 : 347-66.
- DELMAR Charlotte, « Beyond the drive to satisfy needs: in the context of health care », *Medicine, Health Care and Philosophy* 2013; 16:141-9.

Références

- DE OLIVEIRA GOMES Claudia, « Le contraire de la *philia*. Le tyran et l'*Erôs* », *Parlement[s], Revue d'histoire politique* 2016/3 ;HS 11 : 21-32.
- DENIS Baudouin, DEDOBBELEER Martine, BENABDERRAZIK Amine, BIZIMUNGU Deo-Gratias, SCIERA Virginie, « Les usagers de drogues suivis en médecine générale : recours fréquent aux services d'urgence mais pas toujours les bienvenus », *La Revue de la Médecine Générale* 2008 ; 258 :408-14.
- DE POUVOURVILLE Gérard, « Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas. La mise en œuvre de la tarification à l'activité », *Revue Economique*, 2009/2 ; 60 : 457-70.
- DESCAMPS Philippe, « Misères du débat institutionnel : l'exemple du clonage reproductif humain et de son traitement éthique par le CCNE », *Revue de Métaphysique et de Morale*, 2010 / 3 ;67 : 211-23.
- DESCOMBES Vincent, « La confusion des langues », *Enquête* 1988 ; 6 : 35-54.
- DESCOMBES Vincent « Exercices d'analyse », *Le Débat*, 1992 ; 72(5) : 84-96.
- DESCOMBES Vincent, « De la mort du fondement à la philosophie de l'action, entretien avec V. Descombes », *Le Banquet*, 1993 ; 2(3). <http://www.revue-lebanquet.com/?p=1704>.
- DESCOMBES Vincent, « Alasdair MacIntyre en France », *Revue internationale de philosophie* 2013/2 ; 264 :135-56.
- DESCOMBES Vincent, « Dire/Donner. Note sur les verbes trivalents », *Revue du MAUSS* 2017/2 ; 50 : 49-63.
- DESPREST Vinciane, « D'un dualisme bien utile », *Revue d'anthropologie des connaissances* 2009 ; 3(3) :386-405.
- DE URTUBEY Louise, « Freud et l'empathie », *Revue française de psychanalyse* 2004/3 ; 68 : 863-75.
- DEVETTERE Raymond J, « Clinical ethics and happiness », *Journal of Medicine and Philosophy* 1993; 18 (1): 71–89.
- DEVEUGELE Myriam, DERESE Anselm, VAN DEN BRINK-MUINEN Atie, BENSING Jozien, DE MAESENEER Jan, « Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries », *British Medical Journal* 2002; 325:472.
- DE ZULUETA Paquita, « Compassion in healthcare », *Clinical Ethics* 2013; 8 :87-90.
- DI MARZIO Françoise, « Le combat d'Hybris et d'Agapē », *Revue du MAUSS* 2010/1 ; 35 :415-21.
- DINGREMONT François, « Du pouvoir de la musique et de son détournement dans la tradition homérique », in *Musique, Pouvoirs, Politiques*, Philippe GONIN et Philippe POIRRIER (dir.), Territoires contemporains - nouvelle série [en ligne] 2016 ; 6. URL: <http://tristan.u-bourgogne.fr/CGC/prodscientifique/TC.html>.
- DI STEFANO Vincent, « Of love and medicine », *Journal of the New Zealand Association of Medical Herbalists* 2011; 11 (1): 8-9.
- DORION Louis-André, « Socrate et l'utilité de l'amitié », *Revue du MAUSS* 2006/1 ; 27 : 269-88.
- DORON Claude-Olivier, LEFEVE Céline, MASQUELET Alain-Charles, « Introduction », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* 2010/1 ; 4 : 3-11.
- DEW Kevin, « Modes of practices and models of science in medicine », *Health* 2001; 5:93-110.
- DJULBEGOVIC Benjamin, HOZO Iztok, SCHWARTZ Alan, MCMASTERS KM, « Acceptable regret in medical decision making », *Medical Hypotheses* 1999; 53:253–259.
- DOAT David, « La vulnérabilité : esquisse d'une reconstruction conceptuelle », *Revue de Théologie et de Philosophie* 2016 ; 128 : 733-753.
- DOMIN Jean-Paul, « La nouvelle gouvernance sauvera-t-elle les hôpitaux publics ? », *Mouvements* 2004/2 ;32 : 55-9.
- DRACUP K, BRYAN-BROWN CW, « Evidence-based Practice is wonderful...sort of », *American Journal of critical care* 2006;15:356-358.
- DREYFUS Stuart E, « The Five-Stage Model of Adult Skill Acquisition », *Bulletin of Science Technology & Society* 2004; 24: 177.

Références

- DREYFUS HL, DREYFUS Stuart E, « Peripheral vision. Expertise in real world contexts », *Organization Studies* 2005; 26 (5): 779-92.
- DUAN L, MUKHERJEE EM, NARAYAN D, « Tailoring the treatment of melanoma: implications for personalized medicine », *Yale Journal of Biology and Medicine* 2015; 88:389-95.
- DUBOIS Claude-Gilbert, « Babel, un tremplin vers l'avenir », *Le Genre humain* 2006/1 ;45-46:143-163.
- DUNN PM, ARNETZ BB, CHRISTENSEN JF, « Meeting the imperative to improve physician well-being: assessment of an innovative program », *Journal of General Internal Medicine* 2007;22 (11): 1544-52.
- DUPIN Frédéric, « Editorial », *Le Philosophoire* 2012/2 ; 38 :5-9.
- DUTEIL-MOUGEL Carine, « Introduction à la rhétorique », *Texte* [en ligne], 2005. <http://www.revue-texto.net/1996-2007/Reperes/Reperes.html>.
- EBBERSMEYER Sabrina, « Conduire ou séduire la raison ? Réflexions sur l'ambivalence des émotions à partir de la Rhétorique d'Aristote », *Revue de métaphysique et de morale* 2010/2 ; 66 : 233-248.
- EBERL Jason T, « Can prudence be enhanced? », *Journal of Medicine and Philosophy* 2018; 43: 506–526.
- EDELMAN Nicole, « Médecins et charlatans au XIX^e siècle en France », *Les tribunes de la santé* 2017 ;55 :21-27.
- EDGAR Andrew, « The expert patient: illness as practice », *Medicine, Health Care and Philosophy* 2005;8: 165-171.
- EDWARDS NR, KORNACKI MJ, SILVERSIN J, « Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? », *British Medical Journal* 2002; 324: 835-8.
- EKSTROM Laura W, « Liars, medicine and compassion », *Journal of Medicine and Philosophy* 2012; 37:159-180.
- EMANUEL Ezekiel J, EMANUEL Linda L, « Four models of the physician-patient relationship », *JAMA* 1992; 267 (16):2221-6.
- EMANUEL Ezekiel J, « Choice and representation in health care », *Medical Care Research Review* 1999; 56 (suppl 1): 113-40.
- ENGEL George L, « The need for a new medical model: a challenge for biomedicine », *Science* 1977; 196:129-136.
- ENGEL Pascal, « Aristote, Davidson et l'akrasia », *Philosophie* 1984 ; 3 : 11-20.
- ENGEL Pascal, « Akrasia pratique et akrasia épistémique », *Le Philosophoire* 2007/2 ; 29 : 63-79.
- EPSTEIN RM, « Mindful practice », *Jama* 1999; 282 (9): 833-9.
- EPSTEIN RM, « Just being », *Western Journal of Medicine* 2001; 174 (1): 63-5.
- ESCOTS Serge, « Exilé de soi, la domestication biomoléculaire à l'ère des mégaparcs humains », *Empan* 2007/2 ; 66 : 50-6.
- ESMEIN Bernard, « Beauté et Différenciation », *Le Philosophoire* 2012/2 ; 38 : 43-76.
- ESTIVAL Cécile, « Incidences de l'imagerie médicale sur la pudeur dans la relation patients-soignants », *Histoire, médecine et santé* 2012/1 : 77-91.
- ESTRYN-BEHAR Madeleine, LEIMDORFER François, PICOT Geneviève, « Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail. Réponses aux questions ouvertes d'une enquête nationale », *Revue française des affaires sociales* 2010/4 ; 4 : 27-52.
- EVANS Jonathan St.B.T., « Dual-process theories of reasoning: Contemporary issues and developmental applications », *Developmental Review* 2011; 11: 86–102.
- EVANS Philip D, WHITE David G, « Towards an empirical definition of courage », *Behaviour Research and Therapy* 1981;19:419-24.
- EVERY-PALMER Susanna, HOWICK Jeremy, « How evidence-based medicine is failing due to biased trials and selective publication », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2014; 20:908-914.

Références

- EVIDENCE BASED MEDICINE WORKING GROUP, « EBM: a new approach to teaching the practice of medicine », *JAMA* 1992; 268:2420-5.
- EWENCZYK Hélène, « J'arpente le jour. Le temps du « bruit », le temps de la peur, le temps des pluriels », *Che vuoi ?* 2009/1 ; 31 :81-97.
- FALQUE Emmanuel, « Expérience et empathie chez Bernard de Clairvaux », *Revue des sciences philosophiques et théologiques* 2005 ;89(4) : 655-96.
- FAIRHURST K, MAY C, « What general practioners find satisfying in their work: implications for health care system reform », *Annals of Family Medicine* 2006; 4: 500-5.
- FEDERSPIL Giovanni, VETTOR Roberto, « Clinical and laboratory logic », *Clinica Chimica Acta* 1999; 280 : 25-34.
- FEDERSPIL Giovanni, VETTOR Roberto, « Rational error in internal medicine », *Internal and Emergency Medicine* 2008;3: 25–31.
- FEHER Michel, « Les laboratoires de l'amour. Le dilemme de l'éraсте », *Vacarme* 2004/4 ; 29 :110-7.
- FERRARESE Estelle, « 'Vivre à la merci'. Le care et les trois figures de la vulnérabilité dans les théories politiques contemporaines », *Multitudes* 2009/2 ;37-38 :132-41.
- FIAT Eric « Pudeur et intimité », *Gérontologie et société*, 2007/3 ;122 :23-40.
- FILLERON T, GILHODES J, DELORD JP, CABARROU B, « Analyse en sous-groupes et Forest Plot : limites et intérêts », *Bulletin du Cancer* 2017 ;104 :92-100.
- FINKELSTEIN E.A., RUHM C.J., KOSA K.M., « Economic causes and consequences of obesity », *Annual Review of Public Health* 2005; 26: 239-57.
- FINKLER Kaja, « Can bioethics be global and local, or must it be both? », *Journal of Contemporary Ethnography* 2008; 37; 155-179.
- FINNIGAN Bronwyn, « Phronesis in Aristotle : reconciling deliberation with spontaneity », *Philosophy and phenomenological research* 2015; 91 (3):674-697.
- FINUCANE ML, ALHAKAMI A, SLOVIC P, JOHNSON SM, « The affect heuristic in judgments of risks and benefits », *Journal of behavioral decision making* 2000; 13 :1-17.
- FIRTH-COZENS J, GREENHALGH J, « Doctors' perceptions of the link between stress and lowered clinical care », *Social Science and Medicine* 1997; 44 (7): 1017 – 22.
- FLEMING Diana, « The character of virtue : answering the situationnist challenge to virtue ethics », *Ratio* 2006; 19 (1):24-42.
- FLEURY Cynthia, « Le courage du commencement », *Études* 2014/1 : 57-66.
- FOLSCHIED Dominique, « La médecine comme praxis : un impératif éthique fondamental », *Laval théologique et philosophique* 1996, 52 (2):499-509.
- FORD Alexander C, TALLEY Nicholas J, « Irritable Bowel Syndrome in 2010: advances in pathophysiology, diagnosis and treatment », *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology* 2011;8:76-8.
- FORLINI Cynthia, RACINE Eric, « Disagreements with implications: diverging discourses on the ethics of non-medical use of methylphenidate for performance », *BMC Medical Ethics* 2009, 10:9.
- FREEBORN DK, « Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians », *Western Journal of Medicine* 2001; 174 (1):13-9.
- FROIDEVAUX-METTERIE Camille, « La beauté féminine, un projet de coïncidence à soi », *Le Philosophoïre* 2012/2 ; 38 : 119-30.
- GABBE SG, MELVILLE J, MANDEL L, WALKER E, « Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: diagnosis, treatment and prevention », *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002; 186 (4): 601-12.
- GADEAU Ludovic, « Evaluation des psychothérapies : réflexions épistémologiques », *Le journal des psychologues* 2006 ;242 : 56-61.

Références

- GAGNON Jacques-Henri, « Spinoza et le problème de l'akrasia : Un aspect négligé de l'ordo geometricus », *Philosophiques* 2002 ; 29 (1) : 57-71.
- GALLAGHER Ann, « Moral distress and moral courage in everyday nursing practice », *The online journal of issues in nursing* 2010;16 (2):1-7.
- GALLAGHER Ann, WATSON Fraje, FITZPATRICK Noel, « Love as a core value in veterinary and medical practice: Towards a humanimal clinical ethics? », *Clinical Ethics* 2018;13(1): 1-8.
- GARDINER Patti, « A virtue ethics approach to moral dilemmas in medicine », *Journal of Medical Ethics* 2003; 29: 297-302.
- GARIBALDI RA, « Computers and the quality of care », *New England Journal of Medicine* 1998;338: 259-260
- GAUCHET Marcel, « Trois figures de l'individu », *Le Débat* 2010 ; n° 160 : 72-78.
- GELHAUS Petra, « The desired moral attitude of the physician: (I) empathy », *Medicine Health Care and Philosophy* 2012; 15(2): 103–13.
- GELHAUS Petra, « The desired moral attitude of the physician: (II) compassion », *Medicine Health Care and Philosophy* 2012;15(4):397-410.
- GELY Raphaël, « Du courage de mourir au courage de vivre :quels enjeux politiques ? Introduction à une phénoménologie radicale du courage », *Dissensus* 2009 ;2 :116-45.
- GERBIER Laurent, « La politique et la médecine : une figure platonicienne et sa relecture averroïste », *Astérior* [En ligne], 2003, <http://asterion.revues.org/13>.
- GERVAIS JB, « Sarkozy a réponse à tout », *Décision santé* 2007 ;239 :14.
- GIBSON James J, GIBSON Eleanor J, « Perceptual learning : differentiation or enrichment? », *Psychological Review* 1955;62(1):32-41.
- GILLET Grant, « Clinical medicine and the quest for certainty », *Social Science and Medicine* 2004; 58(4):727-738.
- GILLIES John, MARTIN Sheehan, « Practical reasoning and decision making – Hippocrate's problem, Aristotle's answer », *British Journal of General Practice* 2002; 52: 518-519.
- GILLON Ranaan, « Ethics needs principles—four can encompass the rest—and respect for autonomy should be “first among equals” », *Journal of Medical Ethics* 2003;29:307-312.
- GILSDORF Janet R, « The disappearing doctors », *Health Affairs* 2008; 27 (3): 850-4.
- GINTZ Christine, « La compassion peut-elle être un repère pour légiférer en matière d'éthique ? », *Journal français de psychiatrie* 2003/3 ; 20 : 38-40.
- GINZBURG Carlo, « Signes, traces, pistes. Racines d'un paradigme de l'indice », *Le Débat* 1980, 6, p. 3-44.
- GINZBURG Carlo, « The judge and the historian », *Critical Inquiry* 1991; 18 (1): 79-92.
- GIVEON S, YAPHE J, HEKSELMAN I, MAHAMID S, HERMONI D, « The e-Patient: a survey of Israeli primary care physicians' responses to patients' use of online information during the consultation », *Israel Medical Association Journal* 2009;11 (9): 537–41.
- GOBET Fernand, « Three views on expertise : philosophical implications for rationality, knowledge, intuition and education », *Journal of Philosophy of Education* 2017 ;51 (Special Issue 3: *Education and Expertise*) : 605-19.
- GODEAU Emmanuelle, « Les fresques de salle de garde », *Sociétés & Représentations* 2009 ; 28 (2) : 13-30.
- GOFFIN Kris, « The affective experience of aesthetic properties », *Pacific Philosophical Quarterly* 2018; Online Version of Record, doi : 10.1111/papq.12245.
- GOLDIE Peter, « Seeing what is the kind thing to do: perception and emotion in morality », *Dialectica* 2007. 347–361.
- GOLLIER Christian, HILTON Denis, RAUFASTE Eric, « Daniel Kahneman et l'analyse de la décision face au risque », *Revue d'économie politique*, 2003/3 ; 113 : 295-307.

Références

- GOODSPEED R, « What if...a patient makes a sexual advance toward you ? », *The Journal of Ambulatory Care Management* 2010; 33(1):89-90.
- GORI Roland, « La surmédicalisation de l'existence est un désaveu du « souci de soi » », *Champ psychosomatique* 2006 ; 42(2) : 55-83.
- GORI Roland, « L'art des douces servitudes », *Adolescence* 2009/2 ; 27 : 271-95.
- GOULDNER Alvin W, « Pourquoi donner quelque chose contre rien ? », *Revue du MAUSS* 2008/2 ; 32 : 65-86.
- GREACEN Tim, JOUET Emmanuelle, « Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique : le projet Emilia », *L'information psychiatrique* 2012/4 ; 88 : 359-64.
- GREENHALGH Trisha, « Narrative based medicine in an evidence based world », *British Medical Journal* 1999; 318(7179): 323-25.
- GREENHALGH Trisha, HOWICK Jeremy, MASKREY Neal, « Evidence based medicine: a movement in crisis? », *British Medical Journal* 2014; 348: g3725.
- GRELLARD Christophe, « Dieu, les autres et moi : La hiérarchie des dilections à la fin du Moyen Âge », *Médiévales* [En ligne], 63 | automne 2012, mis en ligne le 15 janvier 2015, consulté le 02 octobre 2016.
- GRIMALDI André, « Les différents habits de l'expert profane », *Les Tribunes de la santé* 2010/2 ; 27 : 91-100.
- GRIMALDI William MA, « Rhetoric and truth: a note on Aristotle. Rhetoric 1355a 21-24 », *Philosophy and Rhetoric* 1990; 23 (2):141-147.
- GRIMLEY EVANS J, MALOUF R, HUPPERT F, VAN NIEKERK JK, « Dehydroepiandrosterone (DHEA) supplementation for cognitive function in healthy elderly people », *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006 ;4: CD006221.
- GROLLEAU Frédéric, « L'amour est-il raisonnable ? », *Le Philosophoire* 2000/1 ;11 : 73-84.
- GROS Frédéric, « Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin », *Recherche en soins infirmiers* 2007/2 ; 89 : 15-20.
- GUCHET Xavier, « Le patient « actionnable » de la médecine personnalisée », *Socio-anthropologie*, 2014 ;29 : 37-51.
- GUILBAUD Georges-Théodule, « Les théories de l'intérêt général et le problème logique de l'agrégation » (1952), *Revue Economique* 2012 ; 63 :659-720.
- HAAS JS, COOK EF, PUOPOLO AL, BURSTIN HR, CLEARY PD, BRENNAN MT, « Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? », *Journal of General Internal Medicine* 2000; 15 (2): 122-8.
- HABEREY-KNUESSI Véronique, HEEB Jean-Luc, DE PAULA Emilie Morgan, « L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier », *Recherche en soins infirmiers* 2013/4 ;115 : 8-18.
- HACHE Emilie, « La responsabilité, une technique de gouvernementalité néolibérale ? », *Raisons politiques* 2007/4 ;28 :49-65.
- HALLEM Yousra, BARTH Isabelle, TRIKI Abdelfattah, « Les nouveaux comportements d'achat dans le tourisme de santé : quand Internet s'en mêle » *Management et Avenir* 2015/3 ; 77 :15-33.
- HALPERIN David, « Out of Australia », *L'Unebévue* 2001 ; 18 (Il n'y a pas de rapport sexuel ; Centenaire de Jacques Lacan. Actes du Colloque des 5 et 6 mai 2001. Cité des Sciences, Paris): 94-109.
- HALPERN Jodi, « From Idealized clinical empathy to empathic communication in medical care », *Medicine Health Care and Philosophy* 2014; 17: 301-311.
- HAMM Robert M, « Theory about heuristic strategies based on verbal protocol analysis: the emperor needs a shave », *Medical Decision Making*, 2004; 24: 681-686.

Références

- HAMPTON J R, HARRISON M J, MITCHELL J R, PRICHARD J S, SEYMOUR C, « Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients », *British Medical Journal* 1975;2 (5969):486-9.
- HAMRAOUI Éric , « Les courages : variantes d'un processus d'androsexuation de la vertu », *Travailler* 2002/1 ; 7 : 167-88.
- HANAFAI Nahema, « Pudeurs des souffrants et pudeurs médicales », *Histoire, médecine et santé* 2012 ;1 : 9-18.
- HARRIS J, « In praise of unprincipled ethics », *Journal of Medical Ethics* 2003;29:303-306.
- HARTZBAND Pamela, GROOPMAN Jerome, « Untangling the Web – Patients, Doctors, and the Internet », *New England Journal of Medicine* 2010 ;362 (12) :1063-1066.
- HÄUSER Winfried, FITZCHARLES Mary-Ann, « Facts and myths pertaining to fibromyalgia », *Dialogues in clinical neuroscience* 2018 ; 20(1): 53–62.
- HAVERKAMP B, BOVENKERK B, VERWEIJ MF, « A practice-oriented review of health concepts », *The Journal of Medicine and Philosophy* 2018; 43(4):381–401.
- HEFEZ Louise, « La dermatologie esthétique est-elle encore une médecine ? », *Revue française d'éthique appliquée* 2018 ; 5 (1) : 95-108.
- HENRY Stephen G, « Recognizing tacit knowledge in medical epistemology », *Theoretical medicine and bioethics* 2006; 27(3):187-213.
- HEUBEL Friedrich, « The « soul of professionalism » in the Hippocratic Oath and today », *Medicine Health Care and Philosophy* 2015; 18 :185-194.
- HEYER René, « L'impossible commandement de l'amour. À propos de l'encyclique Deus caritas est », *Revue d'éthique et de théologie morale* 2006/3 ; 240 : 35-45.
- HILTON Sean R, SLOTNICK Henry B, « Proto-professionalism : how professionalization occurs across the continuum of medical education », *Medical Education* 2005;39:58-65.
- HIRSCH Emmanuel, « Éthique de la recherche et bonnes pratiques professionnelles, apports et limites de la loi du 9 août 2004 », *Santé publique* 2004/4 ; 44 : 713-8.
- HOFMANN Bjorn, « Medicine as techne—a perspective from antiquity », *Journal of Medicine and Philosophy* 2003; 28(4): 403–425.
- HOLLAND Stephen, « The virtue ethics approach to bioethics », *Bioethics* 2011;25(4);192-201.
- HONNETH Axel, « Visibilité et invisibilité. Sur l'épistémologie de la « reconnaissance », *Revue du MAUSS*, 2004/1 ; 23 :137-151.
- HOOGAERT Corinne, « Perelman et Toulmin, Pour une rhétorique néo-dialectique », *Hermès*, 1995 ;15 : 155-169.
- HOOKER Claire, « Understanding empathy : why phenomenology and hermeneutics can help medical education and practice », *Medicine Health Care and Philosophy* 2015;18:541-552.
- HOROWITZ CR, SUCHMAN AL, BRANCH WT Jr, FRANKED RM, « What do doctors find meaningful about their work? » *Annals of Internal Medicine* 2003; 138 (9): 772-6.
- HORST David, « Enkratic agency », *European Journal of Philosophy* 2017; 25 (1): 47-67.
- HOU J, SHIM M, « The role of provider–patient communication and trust in online sources in Internet use for health-related activities », *Journal of Health Communication* 2010 ; 15 (S3) : 186-99.
- HOURNAU-BLANC Julie, LAMOTTE Caroline, HAOND Pierre, « Le patient grabataire non communicant dans l'évolution finale d'une démence : réflexion sur la notion de personne », *Éthique et santé* 2004 ;3 :82-7.
- HOWE RK, « Goals of postgraduate physician training », *Health Affairs* 2009; 28 (3): 927.
- HUNYADI Mark, « La logique du raisonnement de précaution », *Revue Européenne des Sciences Sociales* 2004, [En ligne], XLII-130, mis en ligne le 03 novembre 2009. URL : <http://ress.revues.org/341>.
- HURWITZ Brian, « Narrative and the practice of medicine », *Lancet* 2000 ;356 :2086-9.

Références

- HUTCHINS M, « Medicine as a job, not a calling? », *Health Affairs* 2009 ; 28 (3) : 927-8.
- IOANNIDIS JPA, « The mass production of redundant, misleading, and conflicted systematic reviews and meta-analyses », *Milbank Quarterly* 2016;94:485-514.
- IJSSELING Samuel, « Rhétorique et philosophie. Platon et les Sophistes, ou la tradition métaphysique et la tradition rhétorique », *Revue Philosophique de Louvain*, 1976 ; 74 (22) : 193-210.
- ISRAEL-JOST Vincent, « L'attribution d'autorité à la science. Approche néopoppérienne du problème », *Cahiers philosophiques* 2015 ; 142 (3) : 53-72.
- JAEGER Philippe, « La santé selon Winnicott : les rapports psyché-soma », *Revue française de psychosomatique* 2009/2 ;36 :129-45.
- JOHN SD, « How to take deontological concerns seriously in risk–cost–benefit analysis: a re-interpretation of the precautionary principle », *Journal of Medical Ethics* 2007;33:221–224.
- JOLY Robert, « Platon et la médecine », *Bulletin de l'Association Guillaume Budé : Lettres d'humanité* 1961 ; 20 : 435-51.
- JONES Chris, « Dating patients », *British Medical Journal* 2006;333:1272.
- JOOS Jean-Ernest, « La « catharsis » et le moment historique de la tragédie grecque », *Études françaises* 1979 ;15(3-4) :21–44.
- JORLAND Gérard, THIRIOUX Béangère, « Note sur l'origine de l'empathie », *Revue de métaphysique et de morale* 2008/2 ; 58 : 269-80.
- JOUANNA Jacques, « Rhétorique et Médecine dans la collection Hippocratique. Contribution à l'histoire de la rhétorique au Ve siècle », *Revue des Études Grecques* 1984 ; 97 (460-461) :26-44.
- JURDANT Baudouin, « La médecine « scientifique » serait-elle ruine de l'art ? À travers quelques récits autobiographiques de médecins et chirurgiens », *Sociétés & Représentations* 2009/2 ;28: 119-134.
- KAHNEMAN Daniel, TVERSKY Amos, « Prospect theory : an analysis of decision under risk », *Econometrica*, 1979; 47(2):263-291.
- KARCHES Kyle E, SULMASY Daniel P, « Justice, Courage, and Truthfulness: Virtues that medical trainees can and must learn », *Family Medicine* 2016;48(7):511-16.
- KASSIRER J.-P., ANGELL M, « Losing weight — An ill-fated new year's resolution », *The New England Journal of Medicine* 1998; 338:52-4.
- KASSIRER JP, « Patients, physicians, and the Internet », *Health Affairs* 2000 ; 19 : 115-23.
- KATZ David L, « Competing dietary claims for weight loss : finding the forest through truculent trees », *Annual review of public health* 2005; 26: 61-88.
- KEESTRA M, « Drawing on a sculpted space of actions : educating for expertise while avoiding a cognitive monster », *Journal of Philosophy of Education* 2017 ;51 (3) 620-639.
- KENNEDY Ashley Graham, « Differential diagnosis and the suspension of judgment », *Journal of Medicine and Philosophy* 2013; 38: 487–500.
- KEULARZ J, SCHERMER M, KORTHALS M, SWIERSTRA T, « Ethics in technological culture : a programmatic proposal for a pragmatic approach », *Science, Technology & Human Values* 2004; 29 (1):3-29.
- KHUSHF George, « The aesthetics of clinical judgment : exploring the link between diagnostic elegance and effective resource utilization », *Medicine Health Care and Philosophy* 1999; 2:141-59.
- KHUSHF George, « A framework for understanding medical epistemologies », *Journal of Medicine and Philosophy*, 2013;38:461-486.
- KJELDMAND D, HOLMSTRÖM I, ROSENQVIST U, « Balint training makes GP thrive better in their job », *Patient Education and Counseling*, 2004; 55 (2): 230-5.
- KJELDMAND D, HOLMSTRÖM I, « Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners », *Annals of Family Medicine* 2008; 6, 138-45.
- KIM Sung Soo, KAPLOWITZ Stan, JOHNSTON Mark V, « The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance », *Evaluation and the Health Professions* 2004; 27: 237-51.

Références

- KINGHORN Warren A, « Medical education as moral formation; an Aristotelian account of medical professionalism », *Perspectives in Biology and Medicine* 2010; 53(1):87-105.
- KIRCHHOF P, SIPIDO KR, COWIE MR, ESCHENHAGEN T, FOX KAA, KATUS H, et al. « The continuum of personalized cardiovascular medicine : a position paper of the European Society of Cardiology », *European Heart Journal* 2014;35:3250-7.
- KIRKENGEN Anna Luise, THORNQUIST Eline, « The lived body as a medical topic : an argument for an ethically informed epistemology », *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2012;18:1095-101.
- KISSEL Andrew, « Indeterministic intuitions and the Spinozan strategy », *Mind & Language* 2018;33(3) : 280-298.
- KIVITS J, LAVIELLE C, THOËR C, « Internet et santé publique : comprendre les pratiques, partager les expériences, discuter les enjeux », *Santé publique* 2009 ; 21 (HS) : 7-12.
- KLEIN Alexandre, « On ne peut apprendre rapidement la médecine », *Le Portique*, e-portique 4 [En ligne], *Soin et éducation (II)* 2007, mis en ligne le 28 juin 2007.
- KLIPFEL Amandine, « Chapitre 7. La technicisation de la chirurgie représente-t-elle un danger ? Entre regret et perspectives d'avenir », *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences* 2017 ;28(2) :131-43.
- KLOTZ Francis, « Acquérir de la sensibilité », *Le Concours Médical* 1998;120:229.
- KLOTZ Francis, « Sens de la vie et médecine », *Le Concours Médical* 1996;118:2551.
- KÖBERICH Stefan et al., « Factors influencing hospitalized patient's perception of individualized nursing care : a cross-sectional study », *Nursing* 2016;15:14.
- KOCH-WESER S, BRADSHAW YS, GUALTIERI L, GALLAGHER SS, « The Internet as a health information source: findings from the 2007 Health Information National Trends Survey and implications for health communication », *Journal of Health Communication* 2010 ; 15 : 279–93.
- KOLK Annemarie M, HANEVALD Gerrit J.F.P., SCHAGEN Simon, GIJSBERS VAN WIJK Cecile M.T., « A symptom perception approach to common physical symptoms », *Social Science and Medicine* 2003;57:2343-2354.
- KORFF-SAUSSE Simone, « Ils ne sont pas beaux... Le devenir psychique de la laideur », *Champ psy* 2002/2 ;26 : 81-104.
- KOTZEE B, SMIT JP, « Two social dimensions of expertise », *Journal of Philosophy of Education* 2017;51 (3):640-654.
- KOUZOUKAS Demetrios L, « Legal preparedness for obesity prevention and control : the structural framework and the role of government », *Journal of Law, Medicine and Ethics* 2009; S1: 24-27.
- KREBS EE, GARRETT JM, KONRAD TR, « The difficult doctor? Characteristics of physicians who report frustration with patient: an analysis of survey data », *BioMed Central Health Services Research* 2006; 6: 128.
- KRONMAN Anthony T, « Aristotle's Idea of Political Fraternity », *American Journal of Jurisprudence* 1979; 24: 114-38.
- KUHAR Michael J, « Collegial Ethics: What, Why and How », *Drug Alcohol Depend* 2011; 119(3): 235–8.
- KUHBERGER Anton, « The rationality of risky decisions : a changing message », *Theory & Psychology* 2002;12:427-52.
- KURPAD SS, MACHADO T, GALGARI RB, « Is there an elephant in the room ? Boundary violations in the doctor-patient relationship in India », *Indian Journal of Medical Ethics* 2010; 7 (2): 76-81.
- KURTH Charlie, « Emotion, deliberation, and the skill model of virtuous agency », *Mind and Language* 2018; 33 (3):299-317.
- LABARRIERE Jean-Louis, « Nom de plaisir, le nom : Aristote suivi par Thomas d'Aquin », *Les Études philosophiques* 2014/2 ; 109 : 187-200.

Références

- LACAN Jacques, « Structures des psychoses paranoïaques », *Semaine des Hôpitaux de Paris* 1931; 14 : 437-45.
- LACAN Jacques, « Le problème du style et la conception psychiatrique des formes paranoïaques de l'expérience », *Minotaure* 1933 ; 1. Texte repris dans *Premiers écrits sur la paranoïa* publié à la suite de la thèse *Psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, Paris, Seuil, 1975.
- LACAN Jacques, « Psychologie et esthétique », compte-rendu de Eugène Minkowski, *Le temps vécu. Études phénoménologiques et psycho-pathologiques, Recherches philosophiques* 1935, fac. 4 : 424-31.
- LACAN Jacques, « Intervention sur l'exposé de D. Lagache 'Passions et psychoses passionnelles' au Groupe de l'Évolution Psychiatrique » *Évolution Psychiatrique* 1936, fasc. 1 :25-7.
- LACAN Jacques, « Intervention sur l'exposé de J. Rouart 'Du rôle de l'onirisme dans les psychoses de type paranoïaque et maniaque-dépressif' », *Évolution Psychiatrique* 1936 ; fasc. 4 : 87-9.
- LACAN Jacques, « Intervention lors de la discussion des rapports théorique et clinique », *Revue française de psychanalyse* 1951 ; XV : 84-88.
- LACAN Jacques, « Le Mythe individuel du névrosé ou poésie et vérité dans la névrose » (1953) *Ornicar ?* 1978 ; 17-18 : 290-307.
- LACAN Jacques, « Discours de Rome et réponses aux interventions », *La psychanalyse* 1956, n°1, « Sur la parole et le langage ».
- LACAN Jacques, « Intervention au premier congrès mondial de psychiatrie » 1950, *Actes du Congrès*, volume 5, Paris, Hermann et Cie, 1952, p. 103-108.
- LACAN Jacques, « La place de la psychanalyse dans la médecine, Conférence et débat du Collège de médecine à La Salpêtrière », *Lettres de l'Ecole Freudienne de Paris*, 1967, n°1 ; *Cahiers du collège de Médecine* 1966 ;12 :761-774.
- LACAN Jacques, « Introduction à l'édition allemande d'un premier volume des Écrits », *Scilicet* 1975 ;5 : 11-7.
- LACAN Jacques, « Conférence à Genève sur le symptôme » (1975), *Le Bloc-notes de la psychanalyse* 1985 ; 5 : 5-23.
- LACEWING Michael, « Emotional self-awareness and ethical deliberation », *Ratio* 2005;18 (1): 65-81.
- LACOUR Clémence, « La personne âgée vulnérable : entre autonomie et protection », *Gérontologie et société* 2009/4 ;131 :187-201.
- LAMBEK Michael, « Value and virtue », *Anthropological Theory* 2008; 8; 133-157.
- LANDMAN Claude, « La vie est-elle un voyage ? », *La revue lacanienne* 2011 ;11 (3) :187-94.
- LANG Thierry, KELLY-IRVING Michelle, LAMY Sébastien, LEPAGE Benoit, DELPIERRE Cyrille, « Construction de la santé et des inégalités sociales de santé : les gènes contre les déterminants sociaux ? », *Santé Publique* 2016 ;28 (2) :169-79.
- LANE Melissa, « "Emplois pour philosophes": l'art politique et l'étranger dans le politique à la lumière de Socrate et du philosophe dans le Théétète », *Les Études philosophiques* 2005/3 ; 74 : 325-345.
- LARIVÉE Annie, « Analyses et comptes rendus : Platon, *Charmide*, *Lysis*, présentation, traduction, notes et bibliographie par Louis-André Dorion, Paris, GF, 2004 », *Revue philosophique de la France et de l'étranger* 2006/4 ;131 : 513-6.
- LARKIN Gregory Luke, ISERSON K, KASSUTTO Z, FREAS G, DELANEY K, KRIMM J, SCHMIDT T, SIMON J, CALKINS A, ADAMS J, « Virtue in Emergency Medicine », *Academic Emergency Medicine* 2009; 16:51-5.
- LAROCHELLE Gilbert, ORTE Jesus Jimenez, « Savoir et croyances : l'éthique contemporaine dans les pratiques de légitimation », *Cités* 2005 ;21 : 167-85.
- LAU BD, HAUT ER, « Practices to prevent venous thromboembolism : a brief review », *BMJ Quality & Safety* 2014;23:187-95.

Références

- LAUDE Anne, « Les médecins et les malades face au droit », *Revue française d'administration publique* 2005 ;113 (1) : 113-20.
- LAUGIER Alain, « La fin des négas », *Le Concours Médical* 1998;120:1073.
- LAUGIER Sandra, « Pourquoi des théories morales ? L'ordinaire contre la norme », *Cités* 2001/1 ; 5 : 93-112.
- LAUGIER Sandra, « L'éthique comme politique de l'ordinaire », *Multitudes* 2009/2 ; 37-38 : 80-8.
- LAUFER Laurie, « L'informe et le transfert », *Recherches en psychanalyse* 2005/1 ;3 : 85-96.
- LAUFER Laurie, AYOUC THAMY, « Violences conjugales, famille, vulnérabilité », *Topique* 2018/2 ; 143 : 151-167.
- LAUNOIS R, « La prise en compte des préférences des patients dans les choix de santé individuels et collectifs », *Revue Epidémiologie et Santé Publique* 1994 ;42 :246-62.
- LAVOIE Kim L, RASH Joshua A, CAMPBELL Tavis S, « Changing provider behavior in the context of chronic disease management: focus on clinical inertia », *Annual Review of Pharmacology and Toxicology* 2017;57:263-83.
- LEBEAU J-P, CADWALLADER J-S, VAILLANT-ROUSSEL H, POUCHAIN D, YAOUANC V, AUBIN-AUGER I, et al., « General practitioners' justifications for therapeutic inertia in cardiovascular prevention: an empirically grounded typology », *British Medical Journal* 2016;6(5):e010639.
- LE BLANC Guillaume, « Le droit à la vie », *Raisons politiques* 2007/1 ;25 :57-71.
- LE BLANC Guillaume, « Archéologie de la bioéthique », *Revue de métaphysique et de morale* 2014/2 ; 82 : 223-237.
- LE CARDINAL Patrick, « 'Pair-aidance' et rétablissement des personnes atteintes de troubles psychiques », *Pluriels* 2010 ; 85/86 :.3-5.
- LE CARDINAL Patrick, ROELANDT Jean-Luc, RAFAEL Florentina, VASSEUR-BACLE Simon, FRANÇOIS Guillaume, MARSILI Massimo, « Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives », *L'information psychiatrique* 2013/5 ; 89 : 365-70.
- LE COZ Pierre, « L'exigence éthique et la tarification à l'activité à l'hôpital », *Revue de philosophie économique* 2009/1 ; 10 :35-53.
- LEE S, HAN S, SHIM JH, KIM SY, WON HJ, SHIN YM et al., « A patient-based nomogram for predicting overall survival after radiofrequency ablation for hepatocellular carcinoma », *Journal of Vascular and Interventional Radiology* 2015;26:1787-94.
- LEFEVE Céline, « La philosophie du soin », *La Matière et l'esprit* 2006 ; 4 (« Médecine et philosophie ») : 25-34.
- LEFEVE Céline, « Le droit à la mort peut-il être reconnu par la médecine ? À propos du dialogue radiophonique « Le droit à la mort » entre Georges Canguilhem et Henri Péquignot (1975) », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* 2010/1 ; 4 : 13-52.
- LEFEVE Céline, « De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médical », *Revue de métaphysique et de morale* 2014/2 ; 82 :197-221.
- LE HENAFF Yannick, HEAS Stéphane, BODIN Dominique, ROBENE Luc, « Hématomes, éraflures, cicatrices. Les marques corporelles (involontaires ?) comme *métis* du rugby », *Revue du MAUSS*, 2008/2 ; n° 32 : 553-574.
- LEIBING Annette, KAMPF Antje, « Neither body nor brain : comparing preventive attitudes to prostate cancer and Alzheimer's disease », *Body and Society* 2013; 19(4):62-9.
- LEMIRE M, SICOTTE C, PARÉ G, « Internet use and the logics of personal empowerment in health », *Health Policy* 2008 ; 88 : 130-40.
- LEMOGNE Cédic, « Empathie et médecine », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* 2015 ; 199 (2-3) :241-252.

Références

- LE POGAM Marie Annick, LUANGSAY-CATELIN Carine, NOTEBAERT Jean-François, « La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent », *Management & Avenir* 2009/5 ; 25 :116-34.
- LEVINAS Emmanuel, NORES Jean Marc « Une éthique de la souffrance ; Entretien avec Emmanuel Levinas », *Autrement*, série « Mutations » 1994 ; 42 : 127-137.
- LEVINE Susan B, « The Doctor-Patient tie in Plato's *Laws* : a backdrop to reflection », *Journal of Medicine and Philosophy* 2012;37:351-372.
- LEWINSOHN Rachel, « Medical theories, science, and the practice of medicine », *Social Science and Medicine* 1998;46 :1261-70.
- LHUILIER Dominique, « Christophe Dejours. Résistance et défense », *Nouvelle revue de psychosociologie* 2009/1 ; 7 : 225-34.
- LINGARD Lorelei, « The rhetorical 'turn' in medical education: what have we learned and where are we going? », *Advances in health sciences education : Theory and Practice* 2007; 12:121–133.
- LINKS Matthew, « The evidence-based medicine, analogies between reading of medical and religious texts », *British Medical Journal* 2006; 333:1068.
- LINZER M, KONRAD TR, DOUGLAS J, MCMURRAY JE, PATHMAN DE, WILLIAMS ES, SCHWARTZ MD, GERRITY M, SCHECKLER W, BIGBY JA, RHODES E, « Managed care, time pressure, and physician job satisfaction: results from the physician worklife study », *Journal of General Internal Medicine* 2001; 15 (7): 441-50.
- LIPPS Theodor, « Einfühlung, innere Nachahmung, und Organempfindungen », *Archiv für die gesamte Psychologie* 1903; 3 (2-3) :185-204. (traduit par David Romand)
- LOMBARD Jean, « Aspects de la *technê* : l'art et le savoir dans l'éducation et dans le soin », *Le Portique* [En ligne], 2006-3, Soins et éducation (I), mis en ligne le 08 janvier 2007, consulté le 28 juin 2018. <http://leportique.revues.org/document876.html>
- LONDON Alex, « Reasonable risks in clinical research: a critique and a proposal for the integrative approach », *Statistics in Medicine* 2006; 25:2869–85.
- LLOYD A, HAYES P, BELL PR, NAYLOR AR, « The role of risk and benefit perception in informed consent for surgery », *Medical Decision Making* 2001;21:141-9.
- LOFTUS Stephen, « Rethinking clinical reasoning: time for a dialogical turn », *Medical Education*, 2012; 46:1174–1178.
- LOSSIGNOL Dominique, « Une réflexion sur l'amour, la médecine et l'euthanasie : Je connais ce que j'aime et j'aime ce que je connais, mais est-ce bien vrai ? », *Revue de Médecine de Bruxelles* 2010 ; 31 : 5-13.
- LU Tian, XU Yunjie, WALLACE Scott, « Internet usage and patient's trust in the physician during diagnoses : a knowledge power perspective » *Journal of the Association for Information Science and Technology* 2018; 69(1):110-120.
- LUCHELLI Juan Pablo, « La lecture lacanienne du Banquet de Platon », *Cliniques méditerranéennes* 2011/2 ; 84 : 215-27.
- LUM Gerard, « Making sens of knowing-how and knowing-that », *Journal of Philosophy of Education* 2017 ;51 (3): 655-672.
- MAC CABE Matthew, « Admirable dishonesty in medical practice », *Communication and medicine* 2013; 10(1), 27-35.
- MACIA Enguerran, CHEVE Dominique, « Vieillir en beauté ? Transformations et pratiques corporelles des femmes », *Gérontologie et société* 2012/1 ;140 : 23-35.
- MACCARTNEY Margaret, « Courage is treating patients with Ebola », *British Medical Journal* 2014; 349:4987.
- MAC CULLOUGH Laurence B, « Was Bioethics founded on historical and conceptual mistakes about medical paternalism? », *Bioethics* 2011;25(2):66-74.

Références

- MACKENZIE C, « Relational autonomy, normative authority and perfectionism », *Journal of Social Philosophy* 2008 ;39:512–33.
- MACKLIN R, « Applying the four principles », *Journal of Medical Ethics* 2003;29: 275-280.
- MACNIVEN Abi, « ‘Disease, illness, affliction? Don’t know’: Ambivalence and ambiguity in the narratives of young people about having acne », *Health* 2018; doi: 10.1177/1363459318762035.
- MAIATSKY Michail, « Le RBI à travers le prisme de l’acrasie grecque. Remarques d’un avocat du diable », *A contrario* 2015/1 ;21: 63-74.
- MAISONNEUVE Jean, « D’un art problématique au risque de la beauté », *Revue internationale de psychosociologie* 2002/18 ; VIII : 87-100.
- MAJEED A, FERGUSON J, FIELD J, « Prescribing of beta-2 agonists and inhaled steroids in England: trends between 1992 and 1998, and association with material deprivation, chronic illness and asthma mortality rates », *Journal of public health medicine* 1999;21:395-400.
- MALTERUD K, « The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers », *Lancet*. 2001 ;358(9279):397-400.
- MAMEDE Silvia, SCHMIDT Henk G, PENAFORTE Julio Cesar, « Effects of reflective practice on the accuracy of medical diagnoses », *Medical Education* 2008; 42: 468–475.
- MARCUM James A, « The epistemically virtuous clinician », *Theoretical Medicine and Bioethics* 2009; 30:249–265.
- MARCUS Marsha D, WILDES Jennifer E, « Obesity in *DSM-5* », *Psychiatric Annals* 2012;42:11.
- MARION Jean-Luc, DEVILLAIRS Laurence, « Le phénomène érotique », *Études* 2003/11 ;399 : 483-94.
- MARION Jean-Luc, « La raison du don », *Philosophie* 2003/3 ;78 : 3-32.
- MARTINEZ William, BELL Sigall K, ETCHEGARAY Jason M, SOLEYMANI LEHMANN Lisa, « Measuring moral courage for interns and residents: Scale development and initial psychometrics », *Academic Medicine* 2016;91(10):1431-1438.
- MASLACH C, SCHAUFELI WB, LEITER MP, Job burnout, *Annual Review of Psychology* 2001;52: 397-422.
- MASSE Raymond, « Les conditions d’une anthropologie sémiotique de la détresse psychologique », *Recherche sémiotique / Semiotic Inquiry* (RSSI), 1999, 19 (1) : 39-62.
http://classiques.uqac.ca/contemporains/masse_raymond/conditions_anthropo_semiotique/conditions_anthropo_semiotique.html
- MASSIPE Alexandre, « La beauté du travail ouvrier chez Simone Weil », *Le Philosophoire* 2010/2 ;34 : 80-92.
- MATHIEU Marie, RUAULT Lucile, « Prise en charge et stigmatisation des avortantes dans l’institution médicale : la classe des femmes sous surveillance », *Politix* 2014/3 (n° 107) :33-59.
- MAUSS Marcel, « Les techniques du corps », *Journal de psychologie* 1936 ; XXXII (3-4).
- MCEVOY James, « Amitié, attirance et amour chez S. Thomas d’Aquin », *Revue Philosophique de Louvain* 1993 ; 91 : 383-408.
- MEAD Nicolas, BROWER Peter, « Patient-centredness : a conceptual framework and review of the empirical literature », *Social Science and Medicine* 2000, 51 :1087-1110.
- MELCER Alain, « Les enjeux philosophiques de la topique juridique selon Perelman », *Revue de métaphysique et de morale* 2010 ;2 :195-212.
- MEMMI Dominique, « Administration du vivant et sacralité », *Vingtième Siècle. Revue d’histoire* 2005/3 ;87 : 143-57.
- MENECHIER Pascal, SAGNE Alain, MENECHIER-OSSIA Laure, PLATTIER Sandrine, PLOTON Louis, « Perception des attitudes soignantes par des sujets âgés en difficulté avec l’alcool : étude exploratoire en milieu hospitalier », *Psychotropes* 2012/2 ; 18 : 61-76.

Références

- MENGER Pierre-Michel, *La différence, la concurrence et la disproportion : Leçon inaugurale prononcée le jeudi 9 janvier 2014*, Nouvelle édition [en ligne], Paris, Collège de France, 2014, URL : <http://books.openedition.org/cdf/3611>.
- MENORET Marie, « Informer mais convaincre : incertitude médicale et rhétorique statistique en cancérologie », *Sciences sociales et santé*, 2007, 25: 33-54.
- MENSAH G., « Legal Preparedness for Obesity Prevention and Control. Foreword », *Journal of Law, Medicine and Ethics* 2009; S1:7-8.
- METZ Thaddeus, « Medicine without Cure?: A Cluster Analysis of the Nature of Medicine », *Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 2018;43: 306–312.
- MICHELI Raphaël, « Les visées de l'argumentation et leurs corrélats langagiers : une approche discursive », *Argumentation et Analyse du Discours* [En ligne], 9 | 2012, mis en ligne le 15 octobre 2012.
- MOISDON Jean-Claude, « Le paradoxe de la boîte noire. Réformes hospitalières et organisation », *Droit et société* 2012/1 ; 80 : 91-115.
- MONTEILS-LAENG Laetitia, « Aristote et l'invention du désir », *Archives de Philosophie* 2013/3 ;76 : 441-57.
- MONTERO SANCHEZ DEL CORRAL Borja, « Fortaleza y templanza », *Cuadernos de Bioética* 2014/1 ;XXV : 117-21.
- MONTGOMERY Kathryn, « Thinking about thinking: Implications for patient safety », *Healthcare Quarterly* 2009 ;12:191–194.
- MONTREUIL Michèle, COUPE Christophe, TRUELLE Jean-Luc, « Traumatisés crâniens graves adultes : quel rétablissement ? », *L'information psychiatrique* 2012/4 ;88 :287-94.
- MOREL Pierre-Marie, *Aristote, une philosophie de l'activité*, Paris, GF Flammarion, 2003.
- MOULIN Anne Marie, « L'adaptation, un concept opportuniste ? Changements climatiques et santé publique », *Natures Sciences Sociétés* 2010/3 ; 18 :309-316.
- MUIR GRAY JA, « Priests or engineers? », *British Medical Journal* 1978; 2: 22-7.
- MUIR GRAY JA, « Evidence-based, locally owned, patient-centred guideline development », *British Journal of Surgery* 1997; 84: 1636-1637.
- MUIR GRAY JA, « Post-modern medicine », *Lancet* 1999 ;354 :1550-3.
- MUNRO Cindy L, SAVEL Richard H, « Our view of courageous care », *American Journal of Critical Care* 2015;24 (5):372-4.
- MUNTANYOLA-SAURA Dafne, « A cognitive account of expertise : Why Rational Choice Theory is (often) a fiction », *Theory & Psychology* 2014;24:19-39.
- MURPHY C, GARDONI P, « The acceptability and the tolerability of societal risks: a capabilities-based approach », *Science and Engineering Ethics* 2008 ; 14:77–92.
- MURRAY Stuart J, HOLMES Dave, PERRON Amélie, RAIL Geneviève, « Towards an ethics of authentic practice », *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2008;14: 682-689.
- MUSSCHENGA Albert W, « The relation between concepts of quality-of-life, health and happiness », *Journal of Medicine and Philosophy* 1997;22:11-28.
- NABARETTE H, « L'internet médical et la consommation d'information par les patients », *Réseaux* 2002 ; 114 : 251-86.
- NANCY Jean-Luc, « Kant's system of pleasure », *Pli – The Warwick Journal of Philosophy* 1999;8: 149–63.
- NATIONAL PHYSICIANS SURVEY, « What family physicians find rewarding », *Canadian Family Physician* 2007; 53 (10): 1747.
- NATIONAL SUMMIT ON LEGAL PREPAREDNESS FOR OBESITY PREVENTION AND CONTROL, *The journal of Law, Medicine and Ethics* 2009;37 (special issue 1):5 -151.

Références

- NEGRINI S, BECQUEMONT L, « Pharmacogenetics of hypersensitivity drug reactions », *Thérapie* 2017;72(2):231-243.
- NICOLAS Loïc, « L'exemple ambigu, ou la phronesis du phronimos », *Diversité et Identité Culturelle en Europe*, 2011 ; 8 (2) : 27-48. En ligne : <http://www.diacronia.ro/ro/indexing/details/A4039/pdf>.
- NORBY Aaron, « Uncertainty without all the doubt », *Mind & Language* 2015; 30: 70–94.
- NORDIN Ingemar, « Expert and non-expert knowledge in medical practice », *Medicine Health care and Philosophy*, 2000;3:297-304.
- NORMAN GR, « Examining the assumptions of EBM », *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 1999;5(2): 139–147.
- NORTVEDT Per, « Levinas, justice and health care », *Medicine Health care and Philosophy* 2003;6:25-34.
- NORTVEDT Per, « Sensibility and clinical understanding », *Medicine Health Care and Philosophy* 2008; 11:209–219.
- NOTEBAERT Jean-François, LE POGAM Marie Annick, « Les "flamboyants" et les "individus par défaut" pris au piège de la surconsommation médicale à l'époque de l'hypermodernité : vers l'accélération d'une médecine à deux vitesses ? », *Management et Avenir* 2006 ; 9: 45-64.
- NUSSBAUM Martha C, « Virtue ethics : a misleading category? », *The Journal of Ethics* 1999;3:163-201.
- NYGREN Anders, « Erôs et agapê », *Revue du MAUSS* 2008/2 ;32 :165-72.
- NYS Thomas, « Autonomy, Trust, and Respect », *Journal of Medicine and Philosophy* 2016; 41: 10–24.
- OAKLEY Justin, « Diagnosing true virtue? Remote scenarios, warranted virtue attributions, and virtuous medical practice », *Theoretical Medicine and Bioethics* 2016; 37:85–96.
- OBADIA Claude, « Les beautés de Platon », *Le Philosophoire* 2013/1 ; 39 : 231-9.
- OLIOSI E, POINTEAUA O, MAZOYERB E, LE JEUNEA S, GIROUX-LEPRIEURC B, DHOTEC R, MOURADA JJ, « Surdosages en antivitamines K : audit de la prise en charge hospitalière », *Revue de médecine interne* 2018 ; 39 : 321–325.
- OLSEN O, MIDDLETON P, EZZO J, GÖTZSCHE PC, HADHAZY V, HERXHEIMER A, et al., « Quality of Cochrane reviews: assessment of sample from 1998 », *British Medical Journal* 2001; 323 :829-32.
- OMELIANCHUK Adam, « Do you have a “Syndrome” if you have a flat-shaped head? », *Journal of Medicine and Philosophy : A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 2018;43:369-80.
- O'NEILL Onora, « Applied ethics: naturalism, normativity and public policy », *Journal of Applied Philosophy* 2009; 26 (3):219-230.
- OSIMANI Barbara, « Modus tollens probabilized: deductive and inductive methods in medical diagnosis », *Medic* 2009;17: 43-59.
- PACHOUD Bernard, « Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes », *L'information psychiatrique* 2012/4 ; 88 :257-66.
- PAPADIMOS, « Stoicism, the physician, and care of medical outliers », *BMC Medical Ethics* 2004, 5:8.
- PARENT Florence, JOUQUAN Jean, KERKHOVE Leslie, JAFFRELOT Morgan, DE KETELE Jean-Marie, « Intégration du concept d'intelligence émotionnelle à la logique de l'approche pédagogique par compétences dans les curriculums de formation en santé », *Pédagogie Médicale* 2012 ; 13(3) : 183-201.
- PARIZEL Elisabeth, MARREL Philippe, WALLSTEIN René, « La médecine 4.0. Mariage d'internet et de la médecine », *Etudes* 2017 ; 2 :41-52.
- PARKER Malcolm, « Whither our art ? Clinical wisdom and evidence-based medicine », *Medicine Health Care and Philosophy* 2002;5:273-280.
- PARSA-PARSI RW, « The revised declaration of Geneva. A modern-day physician's pledge », *JAMA* 2017, 14:e1-e2.

Références

- PASCAL Jean-Charles, « Se rétablir ? », *L'Information psychiatrique* 2012 ; 88 : 251-2.
- PAUGAM Serge, LE BLANC Guillaume, « Les nouvelles formes de précarité. Regards croisés entre la philosophie et la sociologie », *Sociologie* 2011/4 ; 2 : 417-31.
- PEDERSEN Reidar, « Empathy: A wolf in sheep's clothing? », *Medicine Health Care and Philosophy* 2008; 11: 325-35.
- PELLEGRINO Edmund D, « Philosophy of medicine : problematic and potential », *Journal of Medicine and Philosophy* 1976, 1 (1): 5-31.
- PELLEGRINO Edmund D, « Toward a reconstruction of medical morality : the primacy of the act of profession and the fact of illness », *Journal of Medicine and Philosophy* 1979 ; 4 (1) : 32-56.
- PELLEGRINO Edmund D., « What the philosophy of medicine is », *Theoretical Medicine and Bioethics* 1998;19: 315-36.
- PENDER Stephen, « Between Medicine and Rhetoric », *Early Science and Medicine* 2005 ; 10 (1): 36-64.
- PEDINIELLI Jean-Louis, « Psychopathologie du somatique : la "maladie du malade" », *Cliniques méditerranéennes* 1993, n°37-38, p. 121-37
- PEREZ Susanna, GELPI Ricardo, RANCICH Ana Maria, « Doctor-patient sexual relationships in medical oaths », *Journal of Medical Ethics* 2006;32:702-705.
- PEROLI Enrico, « Le bien de l'autre. Le rôle de la Philia dans l'éthique d'Aristote », *Revue d'éthique et de théologie morale* 2006/4 ;242 : 9-46.
- PERRIN Christophe, « Egalité et réciprocité : les clés de la philia aristotélicienne », *Le Philosophoire* 2007/2 ; 29 : 259-80.
- PERSAUD R, « The drama of being a doctor », *Postgraduate Medical Journal* 2005;81(955):276-7.
- PESCHERS Ursula M, DU MONT Janice, JUNDT Katharina, PFÜRTNER Mona, DUGAN Elizabeth, KINDERMANN Günther, « Prevalence of sexual abuse among women seeking gynecologic care in Germany », *Obstetrics and Gynecology* 2003, 101 (1), 103-108.
- PESTIAUX D, VANWELDE C, « Becoming a general practitioner. Where's the joy in that? », *Canadian Family Physician* 2007; 53: 391-2.
- PETERSEN Alan, « The genetic conception of health: is it as radical as claimed? », *Health* 2006; 10; 481-500.
- PETERSON MC, HOLBROOK JH, VON HALES D, SMITH NL, STAKER LV, « Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnoses », *Western Journal of Medicine* 1992 ;156(2):163-5.
- PHILLIPS James, « Managed care's reconstruction of human existence: the triumph of technical reason », *Theoretical Medicine* 2002; 23(4-5): 339-358.
- PHILLIPS Lawrence S, BRANCH JR William T, COOK Curtiss B, DOYLE Joyce P, EL-KEBBI Imad M, GALLINA Daniel L, MILLER Christopher D, ZIEMER David C, BARNES Catherine S, « Clinical inertia », *Annals of Internal Medicine* 2001;135:825-834.
- PIERON Julien, « L'audace de la pensée : sur Kant et les Lumières », *Dissensus* 2009 ;2 : 65-77.
- PIERON Jean-Philippe, « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences sociales et santé* 2007 ; 25 (2) : 43-66.
- PIERRU Frédéric, « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant - Le tournant néolibéral de la politique hospitalière », *Actes de la recherche en sciences sociales* 2012/4 ; 194 :32-51 .
- PLANT Bob, « Levinas in therapy », *Theory and Psychology* 2018; 28 (3) : 279-297.
- POISSON Michel, « Au-delà du cure et du care : l'histoire de la relation médecin-malade comme source de réflexion pour penser la relation infirmière-malade au XXI^{ème} siècle », *Recherche en soins infirmiers* 2015/3 ;122 : 26-38.
- POIZAT Jean-Claude, « Entretien avec Marc Jimenez », *Le Philosophoire* 2012/2 ; 38 : 11-41.

Références

- POMEY Marie-Pascale, FLORA Luigi, KARAZIVAN Philippe *et al.*, « Le "Montreal model" : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé », *Santé Publique* 2015/HS (S1) : 41-50.
- POUGNET Richard, POUGNET L, « Apports de l'amitié aristotélicienne pour l'éthique de la relation entre internes et médecins séniors », *Ethique et Santé* 2017 ; 14 : 225-230.
- PRINZ Jesse, « Against empathy », *The Southern Journal of Philosophy* 2011; 49 (1): 214–233
- PRIVITERA Michael RL, ROSENSTEIN Alan H, LOCASTRO Tara M, « Physician burnout and occupational stress : an inconvenient truth with unintended consequences », *Journal of Hospital Administration* 2015; 4(1):27-35.
- PULCINI Elene, « Donner le care », *Revue du MAUSS* 2012/1 ;39 :49-66.
- PULCINI Elena, « What emotions motivate care? », *Emotion Review* 2017 ; 9 (1): 64-71.
- QUESSADA Dominique, « De la sousveillance. La surveillance globale, un nouveau mode de gouvernementalité », *Multitudes* 2010/1; 40 : 54-9.
- RABOW MW, MCPHEE SJ, « Doctoring to heal : fostering well-being among physicians through personal reflection », *Western Journal of Medicine* 2001; 174 (1): 66-9.
- RADMAN Zdravko, DELBAERE-GARANT Jeanne (trad.), « Corps, cerveau et beauté la place de l'esthétique dans le domaine de l'esprit », *Diogène* 2011/1 ; 233-234 : 58-73.
- RANQUE B, NARDON O, « Prise en charge des symptômes médicalement inexplicables en médecine interne : un paradigme de la relation médecin-malade en situation d'incertitude », *Revue de médecine interne* 2017 ;38 : 458–466.
- REGAT-BIKOÏ Chantal, et al., « L'incontinence urinaire chez des personnes âgées hospitalisées en unité de gériatrie: est-ce vraiment une priorité pour les infirmières? », *Recherche en soins infirmiers* 2013/4 ;115 : 59-67.
- REMEN RN, « Recapturing the soul of medicine: physicians need to reclaim meaning in their working lives », *Western Journal of Medicine* 2001;174 (1), 4-5.
- RENAHY Emilie, PARIZOT Isabelle, CHAUVIN Pierre, « Determinants of the frequency of online health information seeking: results of a web-based survey conducted in France in 2007 », *Informatics for Health and Social Care* 2010 ; 35 : 25–39.
- RENAULT Emmanuel, « Biopolitique, médecine sociale et critique du libéralisme », *Multitudes* 2008/4 ; 34 : 195-205.
- RENTMEESTER CA., « Should a good healthcare professional be (at least a little) callous ? », *Journal of Medicine and Philosophy*, 2007; 32 (1):.43-64.
- RESWEBER Jean-Paul, « Le soin, affaire de techne et de tact », *Les Cahiers du Portique* 2003 ; n°1, Les gestes de soin : 85-103.
- RESWEBER Jean-Paul, « Hexis, habitus, habitualité », in JP RESWEBER (dir.), *Hexis et Habitus*, Metz, Éd. du Portique, « Cahiers du Portique », 2006, p. 9-23.
- RICHARD F, « Théories psychosomatiques du thérapeute, "théories psychosomatiques" du patient », *Revue de Médecine Psychosomatique* 1992 ; 30/31: 123-132.
- RICHARD Jacques, « "Résilience et vulnérabilité". De l'ajustement des concepts en psychogérontologie », *Gérontologie et société* 2004/2 ;109 : 109-25.
- RICOEUR Paul, « La souffrance n'est pas la douleur », *Autrement, Série « Mutations », Souffrances*, Paris 1994 ;142 :58-69.
- RIVELINE Jean-Pierre, VARROUD-VIAL Michel, CHARPENTIER Guillaume, « Sulfonylurées et effets cardiovasculaires : de l'expérimentation à la clinique. Données disponibles chez l'homme et implications cliniques », *Sang Thrombose Vaisseaux* 2006 ; 18 (7) : 367-77.
- RÖMER Thomas, « L'amitié selon la Bible hébraïque », *Transversalités* 2010/1 ;113 :31-45.
- ROMYER Hélène, « La santé en ligne : des enjeux au-delà de l'information », *Communication* 2012 ;30(1) :1-22.

Références

- RORTY Richard, « Entre Kant et Dewey : la situation actuelle de la philosophie morale », *Revue internationale de philosophie*, 2008/3 ; 245 : 235-256.
- ROSE Nicholas, « Beyond medicalisation », *Lancet* 2007 ; 369 :700-1.
- ROUVROY Antoinette, BERNS Thomas, « Le nouveau pouvoir statistique. Ou quand le contrôle s'exerce sur un réel normé, docile et sans événement car constitué de corps « numériques »... », *Multitudes* 2010 ; 40 (1) : 88-103.
- ROUX Marie-Lise, « La beauté de l'interprétation », *Revue française de psychanalyse* 2003/2 ; 67 :527-35.
- RYLE Gilbert, « Improvisation », *Mind* 1976 ; 85 (357) : 69-83 ; « L'improvisation », trad. Valérie Aucouturier, *Tracés. Revue de sciences humaines* [en ligne], 2010 ; 18.
- SACKET DL, ROSENBERG WM, GRAY JA, HAYNES RB, RICHARDSON WS, « Evidence-based medicine : what it is and what it isn't », *British Medical Journal* 1996; 312 : 71-2.
- SALMON Cécile, « Sourds : les Invisibles », *Sens-Dessous* 2011/1 ; 8 : 44-54.
- SCHAEFER Laurence, « Le renoncement au pouvoir. Contre la liberté de rester soi-même : le choix exemplaire de Françoise Verchère », *Sens- Dessous* 2011/1 ; 8 : 39-43.
- SCHLEGER HA, OEHNINGER NR, REITER-THEIL S, « Avoiding bias in medical ethical decision-making. Lessons to be learnt from psychological research », *Medicine Health Care and Philosophy* 2011;14:155-62.
- SCHNEIDER Monique, « Palper la cicatrice », *Revue française de psychosomatique* 2010/2 ; 38 : 53-64.
- SCHUHL Pierre Maxime, « Platon et la médecine », *Revue des Études Grecques* 1960 ; 73(344-346) : p. 73-9.
- SCOTT Charles E, « Foucault, genealogy, ethics », *Journal of Medicine and Philosophy* 2009 ;34 :350-367.
- SCOTT Joan W, « The incommensurability of psychoanalysis and history », *History and Theory* 2012, 51 : 63-83.
- SECHREST RC, « The Internet and the physician-patient relationship », *Clinical orthopaedics and related research* 2010 ; 468 : 2566–71.
- SEGUY-DUCLOT Alain, « Généalogie du sublime. Le Περὶ ὑψους du pseudo-longin : une tentative de synthèse entre Platon et Aristote », *Revue des sciences philosophiques et théologiques* 2004/4 ;88 : 649-72.
- SEDAT Jacques, « Amitié antique, amitié moderne : un changement de paradigme ? », *Études* 2011/11 ;415 : 483-93.
- SELLMAN Derek, « Professional values and nursing », *Medicine Health Care and Philosophy* 2011;14:203-8.
- SERE Bénédicte, « De la vérité en amitié. Une phénoménologie médiévale du sentiment dans les commentaires de l'Éthique à Nicomaque (XIIIe-XVe siècle) », *Revue historique* 2005/4 ; 636 : 793-820.
- SEUX Christine, « Les disparités sociales des usages d'internet en santé. Effets combinés des socialisations familiales et des sources informationnelles », *Réseaux* 2018/2 ; 208-209 :63-93.
- SHAFIR E, SIMONSON I, TVERSKY A, « Reason-based choice », *Cognition* 1993;49 :11-36.
- SHANAFELT TA, SLOAN JA, HABERMANN TM, « The well-being of physicians », *American Journal of Medicine* 2003; 114 (6): 513-9.
- SHAUGHNESSY AF, SLAWSON DC, BECKER L, « Clinical jazz: harmonizing clinical experience and evidence-based medicine », *The Journal of Family Practice* 1998 ;47(6):425-8.
- SHEATHER Julian, « Sexual relationships between doctors and former patients », *British Medical Journal* 2006;333:1132.
- SHELP Earl E, « Courage : a neglected virtue in the patient-physician relationship », *Social Science and Medicine* 1984; 18 (4): 351-60.

Références

- SHIELDS A, LIP G, « Choosing the right drug to fit the patient when selecting oral anticoagulation for stroke prevention in atrial fibrillation », *Journal of Internal Medicine* 2015;278:1-18.
- SIBIREFF Anne-Marie, « L'excès, un défaut ? », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence* 2009/3 ; 77 : 13-21.
- SIDIBÉ Michel, « Universal health coverage: political courage to leave no one behind », *Lancet* 2016; 4:e355-6.
- SIMON C, SCHRAMM S, HILLIS S, « Patient internet use surrounding cancer clinical trials : clinician perceptions and responses », *Contemporary Clinical Trials* 2010 ; 31 : 229–34.
- SIMONS R.L., KIT LEI M., BEACH SRH, BRODY GH, PHILIBERT RA, GIBBONS FX, « Social environmental variation, plasticity genes, and aggression: evidence for the differential susceptibility hypothesis », *American Sociological Review* , 2011; 76 (6): 833–912.
- SIRVEN Nicolas, « De la pauvreté à la vulnérabilité : Évolutions conceptuelles et méthodologiques », *Mondes en développement* 2007/4 ;140 : 9-24.
- SKIPPER GE, SCHENTHAL S, « Sexual misconduct by professionals : a new paradigm of understanding », *Missouri Medicine* 2012 ; 109(3):184-6.
- SLOVIC P, FINUCANE ML, PETERS E, Mc GREGOR DG, « Risk as analysis and risk as feelings : some thoughts about affect, reason, risk and rationality », *Risk Analysis* 2004, 24 (2): 311-322.
- SMITH Adam, « De la sympathie », *Revue française de psychanalyse* 2004/3 ;68 : 763-8.
- SMITH R, « Why are doctors so unhappy? There are probably many causes, some of them deep », *British Medical Journal* 2001; 322 (7294): 1073-4.
- SMITH SB, « This sylvan game - Creative writing and GP wellbeing », *Australian Family Physician* 2008;37 (6): 461-2.
- SMYRNELIS Marie-Carmen, « Amitiés, des sciences sociales aux réseaux sociaux de l'internet », *Transversalités* 2010/1 ;113 : 7-30.
- SOLOMON J, « How strategies for managing patient visit time affect physician job satisfaction: a qualitative analysis », *Journal of General Internal Medicine* 2008;23 (6): 775-80.
- SOLOMON Miriam, « Epistemological reflections on the art of medicine and narrative medicine », *Perspectives in biology and medicine* 2008;51(3):406-417.
- SOLVOLL Betty-Ann, LINDSETH Anders, « The issue of being touched », *Medicine Health Care and Philosophy* 2016; 19:299–306.
- SOREL Pierre, « L'analyste, objet dans la cure, la question de l'agalma », *Analyse Freudienne Presse* 2005; 12 (2) : 39-44.
- SOULET Marc-Henry, « La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique », *Pensée plurielle* 2005/2 ;10 :49-59.
- SOULET Marc-Henry, « Reconsidérer la vulnérabilité », *Empan* 2005/4 ;60 :24-9.
- SPICKARD Jr A, GABBE SG, CHRISTENSEN JF, « Mid-career burnout in generalist and specialist physicians », *The Journal of the American Medical Association* 2002;288 (12): 1447-50.
- SQUIRES Geoffrey, « Modelling medicine », *Medical Education* 2002; 36(11): 1077–1082.
- SSEBUNNYA Gerald M, « A trifocal perspective on medicine as a moral enterprise : towards an authentic philosophy of medicine », *Journal of Medicine and Philosophy* 2015;40:8-25.
- STALLEY Richard F, « La justice dans les Lois de Platon », *Revue Française d'Histoire des Idées Politiques* 2002/2 ; 16 : 229-46.
- STEFANI Laetitia, « Problèmes éthiques soulevés par la prise en charge thérapeutique des patients âgés déments atteints de cancer », *Infokara* 2008 ; 23 : 83-90 et *Infokara* 2008; 23 :155-60.
- STEICHEN Olivier, GRATEAU Gilles, BEAUFILS Marc, « Pour ou contre le diagnostic? », *Revue de médecine interne* 2009; 30:196-198.
- STEICHEN Olivier, « Former à la décision médicale », *Laennec* 2014 ;62 :51-61.

Références

- STEIN Conrad, « À propos de l'amour de transfert. Revendication érotique génitale, détresse d'enfant », *Imaginaire & Inconscient* 2001/2 ; 2 : 71-7.
- STEINER Pierre, « Introduction cognitivisme et sciences cognitives », *Labyrinthe* 2005 ;20 : 13-39.
- STEINER Pierre, « Une question de point de vue James, Husserl, Wittgenstein et l'"erreur du psychologue" », *Revue Internationale de Philosophie* 2012/2 ;260 :251-81 .
- STONESTREET Erica Lucas, « Love as a Regulative Ideal in Surrogate Decision Making », *Journal of Medicine and Philosophy* 2014; 39: 523–542.
- STRAUSER Joelle, « Soins, souci, curiosité », *Les Cahiers du Portique* 2003 ; 1, Les gestes de soins : 19-43.
- STRECH D, DANIS M, LÖB M, MARCKMANN G, « Extent and impact of bed rationing in German hospitals: results of a representative survey among physicians », *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2009; 134 (24): 1261-6.
- STURMBERG Joachim, TOPOLSKI Stefan, « For every complex problem, there is an answer that is clear, simple and wrong, and other aphorisms about medical statistical fallacies », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2014;20:1017-1025.
- SULLIVAN Mark, « The new subjective medicine : taking the patient's point of view on health care and health », *Social Science and Medicine* 2003 ;56 :1595-1604.
- SVENAEUS Fredrik, « Hermeneutics of medicine in the wake of Gadamer: the issue of phronesis », *Theoretical Medicine* 2003; 24(5): 407–431.
- SVENAEUS Fredrik, « Empathy as a necessary condition of phronesis: a line of thought for medical ethics », *Medicine Health Care and Philosophy* 2014; 17:293–299.
- SVENAEUS Fredrik, « The relationship between empathy and sympathy in good health care », *Medicine Health Care and Philosophy* 2015 ;18 :267-277.
- SWEENEY Kieran, KERNICK David, « Clinical evaluation : constructing a new model for post-normal medicine », *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2002;8(2):131-138.
- TABUTEAU Didier, « La décision en santé », *Santé Publique* 2008/4 ; 20 : 297-312.
- TABUTEAU Didier, « L'expert et la décision en santé publique », *Les tribunes de la santé* 2010 ;27 : 33-48.
- TAN Sharon Swee-Lin, GOONAWARDENE Nadee, « Internet health information seeking and the patient-physician relationship : a systematic review », *Journal of Medical Internet Research* 2017;19(1):1-15.
- TELLINGS Agnes, « Evidence-based practice in the social sciences ? A scale of causality, interventions and possibilities for scientific proof », *Theory and psychology* 2017; 1-19.
- THELEN E, SCHONER G, SCHEIER C, SMITH LB, « The dynamics of embodiment: a field theory of infant perseverative reaching », *Behavioral and Brain Sciences* 2001;24 : 1-86.
- THIVEL Antoine, « Eryximaque et le principe des contraires », *Estudios griegos e indoeuropeos* 2004 ; 14 : 35-44.
- THOËR Christine, « Internet : un facteur de transformation de la relation médecin-patient ? », *Communiquer* 2013 ;10 :1-24.
- THORUP Charlotte B, RUNDQVIST Ewa, ROBERTS Christel, DELMAR Charlotte, « Care as a matter of courage : vulnerability, suffering and ethical formation in nursing care », *Caring Sciences* 2011, 427-35.
- TONER Christopher, « Akrasia revisited : an interpretation and defense of Aristotle », *The Southern Journal of Philosophy* 2003;XLI: 283-306.
- TÖPFER Frank, WIESING Urban, « The medical theory of Richard Koch I : theory of science and ethics », *Medicine Health Care and Philosophy* 2005;8: 207-219.
- TOURETTE-TURGIS Catherine, THIEVENAZ Joris, « La reconnaissance du pouvoir d'agir des sujets vulnérables : un enjeu pour les sciences sociales », *Le sujet dans la cité* 2012/2 ;3 :139-51.

Références

- TOURNAY Virginie, « Le concept de police médicale. D'une aspiration militante à la production d'une objectivité administrative », *Politix* 2007/1 ; 77 : 173-99.
- TURNER Leigh, « Bioethics in a multicultural world : medicine and morality in pluralistic settings », *Health Care Analysis* 2003;11(2):99-117.
- TUSTIN N, « The role of patient satisfaction in online health information seeking », *Journal of Health Communication* 2010 ; 15 : 3-17.
- TUTTON Richard, « Personalized medicine : futures present and past », *Social Science and Medicine* 2012;75:1721-8.
- TVERSKY Amos, KAHNEMAN Daniel, « Judgment under uncertainty: heuristics and biases », *Science* 1974; 185: 1124-1131.
- TYREMAN Stephen, « Promoting critical thinking in health care: Phronesis and criticality », *Medicine Health Care and Philosophy* 2000; 3(2): 117–124.
- TYREMAN Stephen, « The expert patient: Outline of UK government paper », *Medicine Health Care and Philosophy* 2005; 8:149–51.
- TYREMAN Stephen, « An expert in what?: The need to clarify meaning and expectations in "The Expert Patient" », *Medicine Health Care and Philosophy* 2005; 8:153–57.
- UPSHUR Ross EG, COLAK Errol, « Argumentation and evidence », *Theoretical Medicine* 2003 ;24 :283-299.
- UPSHUR Ross EG, « If not evidence, then what? Or does medicine really need a base? », *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2002 ;8(2):113-9.
- URFALINO P, « L'autorisation de mise sur le marché du médicament : une décision administrative à la fois sanitaire et économique », *Revue Française des Affaires Sociales* 2001 ;4 : 85-90.
- VACCAREZZA Maria Silvia, « An eye on particulars with the end in sight. An account on Aristotelian phronesis », *Metaphilosophy* 2018 ;49 (3) :246-261.
- VALADIER Paul, « Apologie de la vulnérabilité », *Etudes* 2011 ; 4142 :199-210.
- VALENTIN Claude, « La fabrique de l'enfant », *Revue d'éthique et de théologie morale* 2008 ; 249 (2) :71-117.
- VAN BROCK Nadia, « Substitution rituelle », *Revue Hittite et Asianique* 1959 ; 65: 117- 46.
- VAN LEEUWEN Evert, KIMSMA Gerrit K., « Philosophy of medical practice : a discursive approach », *Theoretical medicine* 1997;18:99-112.
- VANNOTTI Marco, « L'empathie dans la relation médecin-patient », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2002, 29 (2) : 213-237.
- VAN SPIJK Peter, « On human health », *Medicine Health Care and Philosophy* 2015; 18:245–51.
- VAN UDEN-KRAAN CF, DROSSAERT CHC, TAAL E, SMIT WM, SEYDEL ER, VAN DE LAAR MAFJ, « Experiences and attitudes of Dutch rheumatologists and oncologists with regard to their patients' health-related Internet use », *Clinical Rheumatology* 2010; 29 : 1229–36.
- VANIER Alain, « Passion de l'ignorance », *Cliniques Méditerranéennes* 2004/2 ;70 : 59-66.
- VANIER Alain, « Névrose obsessionnelle, névrose idéale », *Figures de la psychanalyse* 2005/2 ;12 : 85-92.
- VANIER Alain, « Après Lacan, psychanalyse et philosophie », *Cités* 2014/2 ;58:75-86.
- VERGNEGRE A, « L'analyse coût-efficacité : un guide de lecture », *Revue des Maladies Respiratoires* 2003 ;20 (1) : 166-75.
- VERWOERD AJ, PEUL WC, WILLEMSSEN SP, KOES BW, VLEGGERT-LANKAMP CL, EL BARZOUHI A, LUIJSTERBURG PA, VERHAGEN AP, « Diagnostic accuracy of history taking to assess lumbosacral nerve root compression », *Spine Journal* 2014;14(9):2028-37.
- VICKERS AJ, BASCH E, KATTAN MW, « Against diagnosis », *Annals of Internal Medicine* 2008 ;149(3):200-3.

Références

- VIANO Cristina, « Les passions comme causes dans la Rhétorique d'Aristote : mobiles de l'action et instruments de la persuasion », *Journal of Ancient Philosophy* 2010 ; IV (1) : 1-31.
- VINETTE Sophie, « Image corporelle et minceur : à la poursuite d'un idéal éluif », *Reflets* 2001 ; 7(1) : 129-51.
- VOGL M, « Assessing DRG cost accounting with respect to resource allocation and tariff calculation: the case of Germany », *Health Economics Review* 2012, 2:15.
- VOGT Henrik, ULVESTAD Elling, ERIKSEN Thor Erik, GETZ Linn, « Getting personal: can systems medicine integrate scientific and humanistic conceptions of the patient? », *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2014;20:942-952.
- VOLKOW N.D., O'BRIEN C.P., « Issues for DSM-V: Should obesity be included as a brain disorder? », *American Journal of Psychiatry* 2007; 164 (5):709-710.
- VON WRIGHT Georg Henrik, « Practical Inference », *The Philosophical Review* 1963; 72 (2): 159-179.
- VUILLOT Alain, « Amour et totalité dans l'éthique de Spinoza », *Le Philosophoïre* 2000/1 ;11 : 157-68.
- WALD HS, DUBE CE, ANTHONY DC, « Untangling the Web—The impact of Internet use on health care and the physician–patient relationship », *Patient Education and Counseling* 2007 ; 68: 218–24.
- WARREN LIDZ Joel, « Medicine as metaphor in Plato », *Journal of Medicine and Philosophy* 1995;20:527-541.
- WARING Duff, « Why the practice of medicine is not a phronetic activity », *Theoretical Medicine and Bioethics* 2000; 21(2): 139–151.
- WATT I, NETTLETON S, BURROWS R, « The views of doctors on their working lives: a qualitative study », *Journal of the Royal Society of Medicine* 2008;101 (12): 592-7.
- WEAR Delese, VARLEY Joseph D, « Rituals of verification : the role of simulation in developing and evaluating empathic communication », *Patient Education and Counseling* 2008;71:153-156.
- WEBER Jean-Christophe, « Y a-t-il une essence de la médecine ? », *Revue de Médecine Interne* 1998; 19: 924-7.
- WEBER Jean-Christophe, « La psychanalyse au cœur de la médecine », *Le Coq-Héron* 1999 ;158: 23-31.
- WEBER Jean-Christophe, « Quelques questions éthiques autour des traitements de substitution aux opiacés », *Éthique publique* [En ligne] 2006 ; 8 (2), mis en ligne le 11 septembre 2015.
- WEBER Jean-Christophe, ALLAMEL-RAFFIN Catherine, RUSTERHOLTZ Thierry, PONS Isabelle, GOBATTO Isabelle, « Les soignants et la décision d'interruption de grossesse pour motif médical ; entre incertitudes cliniques et embarras éthiques », *Sciences Sociales et Santé*, 2008 ; 26 (1) :93-120.
- WEBER Jean-Christophe, MEMMI Dominique, RUSTERHOLTZ Thierry, ALLAMEL-RAFFIN Catherine, « Le fœticide, une administration impensable de la mort ? », *Sociétés Contemporaines*, 2009 / 3 ; 75 : 17-35.
- WEBER Jean-Christophe, « Prendre soin de sa technê », *Le Coq Héron* 2011 ; 206 :33-47.
- WEBER Jean-Christophe, « Traiter quoi, soigner qui ? », *Cahiers philosophiques* 2011 ;2 : 7-29 .
- WEBER Jean-Christophe, « Gouverner les chairs et les esprits », *Studia philosophica* 2011 ;70 : 117-22.
- WEBER Jean-Christophe, « La dimension éthique du rapport bénéfices-risques », *ScienceLib - Intersection*, Editions Mersenne 2011;1:157-75.
- WEBER Jean-Christophe, « Douleur, éthique et bienveillance », *Ethique et santé* 2011 ;8 : 191-197.
- WEBER Jean-Christophe, « Pleasure in medical practice », *Medicine Health Care and Philosophy* 2012; 15(2): 153-64.
- WEBER Jean-Christophe, « Erreur sur la personne ? La médecine au quotidien », *Cahiers philosophiques de Strasbourg* 2012 ;31 :289-319.
- WEBER Jean-Christophe, « L'impact de l'Internet sur la relation médecin-malade », *Ethique et santé* 2012 ; 9 : 101-106.

Références

- WEBER Jean-Christophe, « Clinique des malentendus, malentendus dans la clinique médicale », *Revue des Sciences Sociales* 2013 ; n°50 : 102-9.
- WEBER Jean-Christophe, « Jugement pratique et burn-out des médecins », *Revue de Médecine Interne* 2015 ; 36 : 548–50.
- WEBER Jean-Christophe, « Soigner sans, avec ou dans la parole : le paradigme de l'étranger (linguistique) », *Psychologie clinique* 2017/1 ;43 :51-62.
- WEBER Jean-Christophe, « Les somatisations en clinique non psychiatrique: des « troubles somatoformes » aux « troubles à symptomatologie somatique et apparentés » », *Médecine Thérapeutique* 2017 ; 23:229-37.
- WEBER Michael, « Compassion and pity : an evaluation of Nussbaum's analysis and defense », *Ethical Theory and Moral Practice* 2004; 7: 487–511.
- WEIJER Charles, « The ethical analysis of risk », *Journal of Law, Medicine and Ethics* 2000 ; 28: 344-61.
- WEINER EL, SWAIN GR, WOLF B, GOTTLIEB M, « A qualitative study of physicians'own wellness-promotion practices », *Western Journal of Medicine* 2001;174 (1): 19-23.
- WEINSTEIN Marcie, NESBITT Jessica, « Ethics in Health Care: Implications for Education and Practice », *Home Health Care Management & Practice* 2007;19: 112-7.
- WEISS Marjorie Cecilia, « Diagnostic decision making: the last refuge for general practitioners? », *Social Science and Medicine* 2011; 73: 375-382.
- WELLMAN Robert R, « The question posed at Charmides 165a-166c », *Phronesis* 1964;9: 107–13.
- WEST Ryan, « Virtue ethics is empirically adequate : a defense of the CAPS response to situationnism », *Pacific Philosophical Quarterly* 2018; 99 (S1): 79-111.
- WILLIAMS ES, SKINNER AC, « Outcomes of physician job satisfaction: a narrative review, implications and directions for future research », *Health Care Management Review* 2003; 28 (2): 119 – 39.
- WILLIAMS SJ, « Medical sociology and the biological body : where are we now and where do we go from here ? », *Health* 2006 ; 10 (1) : 5-30.
- WILSON Tim, HOLT Tim, « Complexity and clinical care », *British Medical Journal* 2001;323: 685-688.
- WINCH Christopher, « Professional knowledge, expertise and perceptual ability », *Journal of Philosophy of Education* 2017 ;51 (3): 673-688.
- WISPÉ Lauren, « The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed », *Journal of Personality and Social Psychology* 1986; 50: 314–321.
- WONG Carmen, HARRISON Christopher, BRITT Helena, HENDERSON Joan, « Patient use of the internet of health information », *Australian Family Physician* 2014;43(12):875-877.
- WOOTTON John, « Clinical courage », *Canadian journal of rural medicine* 2011;16(2):45.
- WORMS Frédéric, « Les deux concepts du soin, Vie, médecine, relations morales », *Esprit* 2006 ; 321 :141-156.
- ZAOUI Pierre, « Pas de courage », *Vacarme* 2016/2 ; 75 : 16-21.
- ZIELINSKI Agata, « Avec l'autre, la vulnérabilité en partage », *Études* 2007, 406 : 769-78.
- ZIELINSKI Agata, « La compassion, de l'affection à l'action », *Études* 2009 ; 410 (1) : 55-65.
- ZIELINSKI Agata, « La vulnérabilité dans la relation de soin, 'fonds commun d'humanité' », *Cahiers Philosophiques* 2011 ;125 : 89-106.
- ZIZEK Slavoj, « Kant avec (ou contre) Sade ? », *Savoirs et clinique* 2004/1 ;4 : 89-101.
- ZUCKER Arnaud, « Une rhétorique épistémologique ? Paradoxes théoriques et pratique problématique chez Aristote », *Noesis* 2010 ;15 :13-44.

Références

AUTRES DOCUMENTS

- ALBINHAC Dominique, *Les implants cochléaires : contribution à l'histoire de l'expérimentation humaine*, Mémoire. Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 1978.
- ALEXANDRE Laurent, « Comment les géants du numérique ringardisent nos mandarins », *Le Monde* du 13.09.2017, supplément Science et Techno.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Elsevier Masson, 2015
- ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES. 1998. Report 1: Learning Objectives for Medical Student Education, Guidelines for Medical Schools. Medical Schools Objectives Project. Washington, D.C., Association of American Medical Colleges. URL : <https://members.aamc.org/eweb/upload/Learning%20Objectives%20for%20Medical%20Student%20Educ%20Report%20I.pdf>
- BELMONT Report, *Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*, Texte en ligne à l'adresse : <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/>, et dans sa traduction française http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/10191/186011/Rapport_Belmont_1974.pdf/511806ff-69c4-4520-a8f8-7d7f432a47ff, Accès au site le 4 mars 2017.
- BERGERON Martin, *Le lien entre l'induction et la définition dans les dialogues socratiques de Platon*, Mémoire, université Laval, Canada, 1999.
- BICLET Philippe, « Les soins aux personnes démunies en France », Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins - section éthique et déontologie, rapporteur Dr Philippe Biclet, 12 décembre 2006. URL : <http://www.conseil-national.medecin.fr/> (rubrique publications/rapports\2006).
- BOUQUIER JJ, *Evolution du métier de médecin*, Rapport de la Commission nationale permanente, Conseil National de l'Ordre des Médecins, France, 2001. <http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/evolutionmetier.pdf>.
- BOYER Valérie, *Rapport d'information déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en conclusion des travaux de la mission sur la prévention de l'obésité*, <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i1131.pdf>.
- CALGARY-CAMBRIDGE GUIDE TO COMMUNICATION, « Process skills », Traduit et adapté en français, avec la permission des auteurs, par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier, Montréal, mars 2004, URL <https://rouen.cnge.fr/IMG/pdf/calgary.pdf>.
- CHIRPAZ François, « La violence dans la religion », in *Chemins de dialogue*, publication de l'Institut des sciences et théologies des religions de Marseille, 2002. <http://docplayer.fr/75984-La-violence-dans-la-religion.html>.
- CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE. Avril 2017. <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
- COLLECTIF, *Dictionnaire des Sciences médicales*, Tome I, Bruxelles, Auguste Wahlen, 1828.
- COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE, <http://www.ccne-ethique.fr/docs/>
- CONCORDANCE STRONG, <https://emciv.com/bible/strong-biblique-grec.html>
- DELAVAL Philippe, Benoît DESRUES, *Sémiologie respiratoire*, Rennes, Septembre 2005. URL : <https://dokumen.tips/documents/semiologie-respiratoire.html>.
- DELEUZE Gilles, *Spinoza. Cours à Vincennes*, transcription d'enregistrements audio. URL : http://www2.univ-paris8.fr/deleuze/rubrique.php3?id_rubrique=6

Références

- DEPARTMENT OF HEALTH, *The Expert Patient: A New Approach to Chronic Disease Management for the 21st Century*, Londres, 2001.
http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20120511062115/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4018578.pdf.
- DE RICHEMONT Henri, *Rapport n° 212 (2006-2007), fait au nom de la commission des lois, déposé le 7 février 2007, sur le projet de loi n° 172 (2006-2007)*, URL <http://www.senat.fr/rap/106-212/106-212.html>.
- DERIOT Gérard, *La prévention et la prise en charge de l'obésité*, Rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, déposé le 5 octobre 2005,
<http://www.senat.fr/noticerap/2005/r05-008-notice.html>.
- DE SAINT POL Thibaut, « La santé des plus pauvres », *Insee Première* n°1161, octobre 2007.
- DICTIONNAIRE BAILLY Grec ancien-Français. URL : <http://home.scarlet.be/tabularium/bailly/>
- DICTIONNAIRE *Trésor de la Langue Française Informatisé*. URL : <http://atilf.atilf.fr/>
- DOUBLE, François-Joseph, *Traité de séméiologie générale ou traité des signes et de leur valeur dans les maladies*, Paris, Librairie de la société de médecine, 1811. URL :
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k54742299.texteImage>.
- DROUIN Jean-Luc, « "La Mort de Dante Lazarescu" : Dante dans l'enfer des urgences », *Le Monde*, 10 janvier 2006.
- ELKOUBY Laure, « Etre le patient de son proche médecin : motivations et freins », Thèse de doctorat en médecine, Strasbourg 2016-36.
- ENCYCLOPEDIE MEDICALE QUILLET, Paris, Librairie Aristide Quillet, 1965.
- EXPERTISE COLLECTIVE INSERM, *Obésité: Dépistage et prévention chez l'enfant*, Les Editions INSERM, 2000. <http://ist.inserm.fr/basisrapports/obesite.html>.
- FLAJOLET A, « Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire », http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Flajolet.pdf (consultée le 30/11/17).
- FLEXNER Abraham, *Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* (1910) New York, NY, USA: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
https://archive.org/stream/medicaleducation00flexiala/medicaleducation00flexiala_djvu.txt.
- FOLSCHIED Dominique, « La médecine entre "hubris" et "phronésis" », Colloque international du RISES, Lyon, 7-11 avril 2005.
- FRANCIS Robert, *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation trust public inquiry*, 2013. URL :
<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20150407084003/http://www.midstaffspublicinquiry.com/>.
- GENERAL MEDICAL COUNCIL, *Good medical practice*, 2013. www.gmc-uk.org/guidance.
- HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la décision médicale partagée. Etat des lieux*, 2013.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1671523/fr/patient-et-professionnels-de-sante-decider-ensemble.
- HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. Etat des lieux*, avril 2013, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf.
- JURDANT Baudouin, *La colonisation scientifique de l'ignorance*, <http://www.litura.org/jurdant>.
- HACKING Ian, « Façonner les gens », Cours au Collège de France 2004-2005, http://www.college-de-france.fr/media/historique/UPL33228_3_ih_2005_2_.pdf.
- HOERNI Bernard, « Pratique médicale et sexualité », Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins décembre 2000, Paris, Conseil national de l'Ordre des médecins; 2000.

Références

- LACAN Jacques, *Pas-tout Lacan*, ecole-lacaniane.net/bibliolacan/pas-tout-lacan/.
« Symbolique, Imaginaire, réel », 8 juillet 1953, in *id.*
« Petit discours aux psychiatres de Sainte-Anne », conférence du 10 novembre 1967, in *id.*
« Discours de Jacques Lacan à l'Université de Milan le 12 mai 1972 », in *id.*
- LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre IX, L'identification (1961-1962)*, inédit, <http://ecole-lacaniane.net>.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre XII, Problèmes cruciaux pour la psychanalyse (1964-1965)*, inédit, <http://ecole-lacaniane.net>.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre XIII, L'objet de la psychanalyse (1965-66)*, inédit, <http://ecole-lacaniane.net>.
- LACAN Jacques, *Le Séminaire, Livre XIV, La logique du fantasme (1966-1967)*, inédit, <http://ecole-lacaniane.net/>.
- LACAN Jacques, *Séminaire, Les non-dupes errent (1973-1974)*, inédit, <http://ecole-lacaniane.net/>.
- LACAN Jacques, *Dissolution, Séminaire 1980*, inédit, <http://ecole-lacaniane.net/>.
- LE GAUFÉY Guy, « De la réalité du fantasme », Séminaire inédit, 1984. URL : www.legaufey.fr/.
- LEMAIRE Juliette, « Les causes de l'akrasia chez Aristote – variation socratique ou texte aristotélicien ? », https://f-origin.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/2654/files/2016/01/J_Lemaire_causesAkrasia.pdf.
- LUCHELLI Juan Pablo, *Le transfert, de Freud à Lacan*, Thèse de Psychologie, Université de Rennes 2, 2007.
- MAMONT Pierre-Alexei, « Réflexions de patients alcoolodépendants sur leur parcours de soins : médecine générale et médecine spécialisée hospitalière à Colmar », Thèse de doctorat en médecine, Strasbourg 2017-51.
- NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH LIBRARY <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- NEF Frederic, « Raisonement pratique, deduction et intuition des particuliers. Aristote, Davidson et Von Wright », 2007. HAL Archives ouvertes https://jeannicod.ccsd.cnrs.fr/ijn_00352686.
- PUIU Cristian, *La mort de Dante Lazarescu*, film 2005.
- REVUE Inexploré, Le magazine de l'INREES. *Une nouvelle conscience*, Hors-série n°1, novembre 2012.
- RIEF John Joseph, « Searching for the good life: rhetoric, medicine, and the shaping of lifestyle », University of Pittsburgh, 2012. <http://d-scholarship.pitt.edu/16842/1/RiefETDRevised.pdf>.
- ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, *Doctors in society - Medical professionalism in a changing world. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London*. London: Royal College of Physicians, 2005. <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/docinsoc/docinsoc.pdf>.
- SARKOZY Nicolas, « Allocution de M. le Président de la République, installation de la commission Larcher, CHU de Bordeaux », 16 octobre 2007, URL : http://www.elysee.fr/documents/index.php?mode=cview&press_id=548&cat_id=7&lang=fr
- SICARD Didier, « L'innovation médicale entre solidarité et exclusion », in : *Journées Bioéthiques de la MGEN : Santé, solidarité, éthique*, MGEN éditions, « Agora », 2008 ; 10 : 9-13.
- SUBLON Roland, « Corps, parole et liberté », texte inédit.
- TOURNAY Virginie, « Crise du Levothyrox : Les réseaux sociaux constituent une caisse de résonance de la méfiance », *Le Monde*, supplément Science et Techno du 19.09.2017.
- TRENCH RC, *Synonymes du Nouveau Testament*, Paris, Grassard, 1869. URL : https://archive.org/details/bub_gb_cx_3JVPWVQ8C

Références

TEXTES DE LOI

(Tous les textes, rangés par ordre chronologique, peuvent être consultés sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>)

Circulaire ministérielle n° 74-258 du 12 décembre 1974 portant sur « l'humanisation des hôpitaux ».

Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain.

Annexe à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.

Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique.

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184).

Loi n° 2014-1170 du 13 octobre 2014 d'avenir pour l'agriculture, l'alimentation et la forêt-art.39.

Code de déontologie médicale. Version actualisée en Avril 2017. <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	9
INTRODUCTION	15
PREMIERE PARTIE LES DONNEES DE LA CLINIQUE	29
CHAPITRE I. CORPS	33
A. Savoirs cliniques sur le corps	35
B. Les marques du corps.	39
B.1 La sémiologie médicale telle qu'elle est	40
1.1. Typologie des signes médicaux	41
1.2. Valeur diagnostique des signes	43
1.3. Topologie des signes	45
B.2 La sémiologie médicale mise en perspective	48
2.1. Sémiologie médicale et autres sémiotiques	49
2.2. Symptôme et signe	50
2.3. Le paradigme indiciel : de la sémiotique à l'herméneutique	53
B.3 Les marques du corps	55
3.1. Le corps, plan d'inscription d'une multitude de marques	55
3.2. De l'indice au champ de significations	59
La cicatrice de Freud	59
3.3. Retour à la clinique	62
C. Vies du corps dans la consultation médicale	65
C.1 La double vie inaugurée par la consultation	66
C.2 La double vie pulsionnelle	70
C.3 De la double vie à la triple vie	76
3.1. Corps et parole : aliénation et coupure	76
3.2. Réel, symbolique, imaginaire	78
CHAPITRE II. DEMANDE, BESOIN, DESIR	81
A. Variations sur la demande	84
B. Demande de sens, demande de savoir	95
C. Besoin, désir, demande.	104
D. Demandes du malade, demandes du médecin	110

CHAPITRE III. CORPS ET PAROLE. LA DEMARCHE DIAGNOSTIQUE, UNE ENTREPRISE RHETORIQUE ?	119
A. Du diagnostic en médecine et des moyens d’y parvenir	124
B. La rhétorique du diagnostic.....	128
C. Une charge rhétorique partagée.....	132
C.1 Logos.....	133
C.2 Pathos	135
C.3 Ethos	136
D. La leçon rhétorique de « La mort de Dante Lazarescu »	138
E. De la rhétorique à l’éthique.....	142
CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE	151
DEUXIEME PARTIE CRISES ET CRITIQUE DE LA CLINIQUE	167
CHAPITRE IV. UNE CRISE EPISTEMOLOGIQUE	173
A. Etat de la question.....	175
B. Evidence Based Medicine ou l’épistémologie en action	178
B.1 L’ambition d’EBM	178
B.2 De Evidence Based Medicine à Evidence Based Practice.....	183
B.3 Une réponse suffisante ? Les critiques formulées à l’encontre de EBM.....	185
C. Questions en suspens	191
C.1 Fondements de la médecine.	191
C.2 Quel cadre épistémologique pour la médecine ?.....	194
CHAPITRE V. UNE CRISE DES FINALITES. MEDECINE INDIVIDUALISEE ET MEDECINE CENTREE SUR LA PERSONNE.	201
A. Le moment thérapeutique et l’individualisation des soins.....	204
A.1 La médecine de précision et ses limites	207
A.2 La médecine centrée sur la personne	210
B. La notion de rapport bénéfices-risques.....	212
B.1 Médecine de précision, qualité de vie et décision partagée.....	214
B.2 Au cœur du rapport : calcul ou métaphore ?.....	216
B.3 Signification des chiffres et processus de choix.	218
3.1. Comment choisissons-nous ?.....	219
3.2. Le poids des experts.....	221
3.3. Rapport bénéfices-risques et raisonnement pratique	221

Table des matières

C. Penser autrement l'individualisation des soins ?	225
Une obligation de changer de registre ?	226
Notule sur la notion de personne en médecine : un usage ambigu	229
CHAPITRE VI. UNE CRISE DES POUVOIRS	237
A. La crise du prendre soin. Les ambiguïtés du prendre soin.	239
A.1 Le sujet du soin	241
A.2 Le soin entre contrôle et émancipation.....	242
A.3 Pouvoir et soin	244
B. Le gouvernement des corps et des esprits	247
B.1 En quoi la médecine est-elle aussi une affaire de gouvernement?	248
1.1. Le corps, un lieu critique	249
1.2. La médecine, une atténuation de l'hubris.....	251
1.3. L'hubris médicale	254
1.4. Biopolitique et pouvoir pastoral.....	256
1.5. Normalisation médicale.....	259
B.2 Les apories de la normalisation	260
2.1. L'exemple de l'obésité.....	261
2.2. Une technologie douce et réclamée.....	268
2.3. L'extension problématique du domaine de la médecine	274
C. Limitation de l'offre, limites du pouvoir.	277
C.1 Economie ou management ?.....	277
C.2 La limitation de l'offre, une question (aussi) clinique.....	280
C.3 Qu'est-ce qui est offert ?.....	287
D. « Ce qu'on attend de nous, c'est qu'il soit possible de dépendre de nous »	294
D.1 Fiabilité et dépendance	294
D.2 Dépendance et liberté.....	299
CHAPITRE VII. UNE CRISE DE L'INFORMATION. LA CLINIQUE AU TEMPS DE L'INTERNET.	309
A. Le monde d'avant l'Internet.	314
B. La médecine du monde désenchanté, avant l'Internet	316
B.1 Prémisses	316
B.2 Le cristal de la configuration médicale.....	316
C. L'ébranlement par l'Internet.	320
C.1 Prémisses.....	321
C.2 Wo es war, soll Ich werden.....	324
CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE	327

TROISIEME PARTIE PRATIQUE DE LA CLINIQUE GRAMMAIRE ET CONCEPTS	335
CHAPITRE VIII. LA MEDECINE, UNE <i>TEKHNE</i>.....	343
A. Initiés par Canguilhem	345
A.1 Le statut épistémologique de la médecine	346
1.1. Des mises entre parenthèses successives du malade.....	346
1.2. Une somme évolutive de sciences appliquées.....	349
A.2 Thérapeutique, expérimentation, responsabilité.....	354
A.3 Puissance et limites de la rationalité en médecine	356
3.1. Une obligation de changer de registre.....	358
3.2. La défaillance caractéristique de l'exercice de la médecine.....	360
A.4 Canguilhem sur la dichotomie Art/science.....	362
B. Le point de butée de la subjectivité	367
Un oubli au sens freudien.....	370
C. Détour freudien	372
D. Lacan sur l'épistémologie de la médecine.....	384
E. La médecine sous l'angle de la <i>tekhnē</i>.....	388
E.1 La <i>tekhnē</i> médicale.....	391
1.1. La <i>tekhnē</i> médicale chez Platon	392
1.2. Un état épistémologique intermédiaire - repérage dans le livre A de la <i>Métaphysique</i> d'Aristote.....	394
1.3. Aristote et Claude Bernard.....	395
1.4. Dissolution du problème ?	400
E.2 Difficultés	401
2.1. Quelle est alors la place de l' <i>epistēmē</i> ?	401
2.2. Poiesis et/ou praxis?.....	403
2.3. La médecine dans l' <i>Ethique à Nicomaque</i> : <i>epistēmē</i> , <i>tekhnē</i> et <i>phronēsis</i>	407
2.4. La <i>phronēsis</i> d'Aristote pour la pratique médicale	409
E.3 La <i>tekhnē</i> , le concept dont nous avons besoin	413
CHAPITRE IX. DE LA <i>TEKHNE</i> A L'EXPERIENCE - EXPERIENCE, EXPERIMENTATION, EXPERTISE	419
A. La clinique médicale comme pratique expérimentale	422
B. Objections.....	430
C. Erlebnis et empeiria.....	435
C.1 D'une Erlebnis fragile à la conviction délirante.....	439
C.2 Valeur de la perception	441
C.3 Un mélange de sensations et d'opinions	442
C.4 Exactitude et vérité	448

Table des matières

D. De l'expérience à l'expertise.....	451
D.1 Conflit d'expériences ou d'expertise.....	451
D.2 Les modes d'expertise du médecin.....	452
D.3 Expertise et connaissance tacite.....	455
D.4 Les modes d'expertise du patient. Le patient expert.....	458
D.5 Politique du patient expert.....	462
E. Se défaire de l'expérience ?.....	464
CHAPITRE X. DE L'EXPERIENCE A L'ESTHETIQUE - LA PRATIQUE MEDICALE AU PRISME DE L'ESTHETIQUE.....	469
A. De l'esthétique du beau cas à la sensibilité clinique.....	473
A.1 Le beau corps.....	473
A.2 Le beau cas comme concept réalisé.....	475
A.3 Beaux cas et faux malades.....	476
A.4 Rapport à la forme, sensibilité à l'écart.....	477
A.5 Une esthésie première.....	479
B. De la discrimination sensorielle au jugement réfléchissant.....	482
B.1 Apprendre à percevoir.....	483
1.1. Etre sensible aux esthésies du malade.....	485
1.2. Percevoir la parole et le discours.....	488
B.2 Observer et être surpris.....	489
B.3 Reconnaissance perceptive d'un concept.....	493
B.4 Jugement subjectif et prétention objective.....	495
B.5 Le jugement réfléchissant.....	498
C. Esthétiser sa pratique.....	501
C.1 Viser la beauté.....	503
1.1. Beauté ou utilité ?.....	503
1.2. Beauté du discours.....	506
1.3. Beauté du geste.....	508
C.2 Créativité médicale.....	509
2.1. Créativité générique.....	509
2.2. Travail et créativité.....	511
2.3. La créativité de la <i>tekhmē</i>	513
C.3 Faire de sa vie (professionnelle) une œuvre d'art ?.....	515
3.1. Les plaisirs de soigner.....	516
3.2. Le plaisir associé à la <i>tekhmē</i>	517
3.3. <i>Phronēsis</i> et management.....	521
CHAPITRE XI. EROTIQUE MEDICALE.....	531
A. Notre héritage conceptuel.....	540
A.1 Erôs.....	541
1.1. Instruits par le Banquet.....	541
1.1.1. Erôs divin.....	542
1.1.2. Erôs désirant.....	545

Table des matières

1.1.3. La fin du Banquet.....	549
1.1.4. Du Banquet au transfert.....	552
1.2. Erôs et réciprocité.....	553
A.2 Philia.....	556
2.1. Extension de la philia.....	559
2.2. L'amitié véritable.....	562
2.3. Les amitiés fondées sur l'utilité.....	564
2.4. Les amitiés entre inégaux.....	566
2.5. Les attitudes amicales.....	569
A.3 Agapē.....	573
3.1. Précisions sémantiques et théologiques.....	573
3.2. Agapē, éthique relationnelle et donation.....	575
A.4 L'amour, un commandement ?.....	578
4.1. Amour pathologique et amour pratique.....	579
4.2. Amour du prochain et qualités morales.....	580
4.3. Concevoir un devoir d'aimer.....	582
4.4. La matière des devoirs d'amours envers d'autres hommes.....	583
A.5 Un ou plusieurs amours ?.....	586
5.1. Etre aimé pour exister.....	587
5.2. Substituer aimer en acte (« puis-je aimer, moi, le premier ? ») au « m'aime-t-on ? ».....	590
5.3. Une érotique sans sexualité.....	592
5.4. Erôs et agapē.....	593
B. Transfert et amour de transfert.....	594
B.1 Le transfert chez Freud (pour la médecine).....	597
1.1. Le transfert, un phénomène universel.....	597
1.2. Transfert et énamoration.....	604
1.3. Répondre à l'amour de transfert. Précautions freudiennes.....	605
B.2 Le contre-transfert et le désir du médecin, à partir de Lacan.....	609
2.1. Etre possédé d'un désir plus fort.....	610
2.2. Le contre-transfert, de même nature apparente que le transfert.....	612
2.3. Deux plans entremêlés.....	614
2.4. Eraste et éromène.....	615
2.5. Accorder ses faveurs et don du médecin.....	619
2.6. Désir du thérapeute.....	622
C. Le therapôn entre erôs, philia et agapē ?.....	624
C.1 Les situations qui convoquent le therapôn.....	625
C.2 Le therapôn, un serviteur privilégié.....	627
C.3 Therapôn d'Achille, therapôn d'Arès : du philos au double rituel.....	629
C.4 Du therapôn au thérapeute.....	631
C.5 Le therapôn contemporain.....	634
C.6 Erotique et éthique du therapôn.....	637
6.1. Erotique du <i>therapôn</i>	637
6.2. Ethique du <i>therapôn</i>	640
D. Erôs réprouvé.....	644
D.1 La pudeur.....	644
1.1. Pudeur et imagerie médicale.....	645

Table des matières

1.2. Le déplaisir de l'infériorité	647
1.3. Les sources de la pudeur : sexe et civilisation	649
1.4. Pudeur et tact	651
1.5. Pudeur et <i>sôphrosunē</i>	652
D.2 Les relations affectives entre médecins et patients	656
2.1. Séductions.....	656
2.2. Constats et jugements	657
2.3. Méconnaissance du transfert ?.....	659
CHAPITRE XII. DE L'EROTIQUE A L'ETHIQUE	663
A. La compassion, point de départ.....	672
A.1 Emotions, jugement, action	673
A.2 Analyse de la compassion	674
A.3 Extension de la compassion	676
B. Amour et compassion	678
C. De la compassion à l'action (à partir de Spinoza)	680
C.1 La compassion est une tristesse	680
C.2 De la tristesse à l'action	683
C.3 Fonder une morale sur la compassion ?.....	685
C.4 Vivre sous la conduite de la raison.....	687
C.5 Une émotion recommandable ?	692
D. De la compassion à l'empathie.....	696
D.1 L'empathie, une notion multiforme	696
D.2 Empathie cognitive et émotionnelle.....	698
D.3 L'empathie incorporée de Lipps.....	700
D.4 L'empathie recommandée	701
D.5 Difficultés persistantes et problèmes en suspens	703
E. Y être de sa personne ?.....	706
E.1 La vulnérabilité du médecin.....	706
1.1. Une notion nouvelle.....	707
1.2. Extensions du domaine de la vulnérabilité.....	710
1.3. Ambiguïtés de la vulnérabilité	712
1.4. La vulnérabilité radicale	714
1.5. Une sensibilité calleuse	717
E.2 Pas de côté - La direction de la cure médicale.....	720
2.1. Se croire médecin.....	720
2.2. Payer son écot	722
2.3. Sûr de son action ou intéressé dans son être	724
2.4. Le dédoublement du transfert	727
2.5. Le piège de la relation duelle	729
2.6. Exercer un pouvoir en refusant d'en user	730
F. Vers une éthique des émotions ?.....	733

CHAPITRE XIII. L'ETHIQUE DE LA <i>TEKHNE</i>	737
A. L'éthique dont nous avons besoin.	745
B. Le courage	750
B.1 Définitions et contours.....	752
B.2 Le courage comme vertu.	754
2.1. Les apories du <i>Lachès</i>	755
2.2. Le courage chez, et après, Aristote.....	756
2.3. Courage, obéissance et expérience	758
B.3 Le courage de l'intelligence.....	761
B.4 Le courage dans les turbulences managériales	763
C. <i>Sôphrosunē</i> (tempérance).....	765
C.1 Questions de traduction.....	766
C.2 Les leçons du Charmide.....	768
C.3 La <i>sôphrosunē</i> chez Aristote	775
C.4 <i>Sôphrosunē</i> et <i>enkrateia</i>	777
C.5 Extensions de la tempérance	778
C.6 La <i>sôphrosunē</i> , vertu de l'usage	782
D. Jugement pratique.	784
D.1 Le raisonnement pratique chez Aristote.....	785
1.1. Délibération.....	785
1.2. Souhait (<i>boulēsis</i>)	788
1.3. Souhait et/ou désir ?.....	789
1.4. Volonté et vertu	792
1.5. L'action conclusive	793
D.2 Le raisonnement pratique du médecin.....	794
2.1. Le prêt-à-penser	794
2.2. Le raisonnement pratique véritable	795
D.3 L'acrasie	798
3.1. L'acrasie, un travers moral chez Aristote.	798
3.2. Comment mal raisonner ?	800
3.3. La cause « physique » de l'acrasie.....	801
3.4. L'acrasie chez Spinoza : une servitude humaine.....	804
3.5. Former des idées claires de ses affects.....	806
D.4 L'inertie clinique, une acrasie médicale.....	807
4.1. La faiblesse de la volonté.....	808
4.2. L'inertie clinique	810
4.3. Fausse inertie et vraie liberté	812
E. L'éthique de la <i>tekhne</i>	814
CONCLUSION GENERALE FIN DE LA CLINIQUE OU CLINIQUE RADICALE..	821

Table des matières

BIBLIOGRAPHIE THEMATIQUE ET SELECTIVE.....	831
Aristote, Platon	831
Médecine de l'Antiquité – Histoire de la médecine.....	832
Corps.....	833
Sémiologie	835
Psychosomatique, troubles fonctionnels	835
Emotions (Compassion, Empathie, Sympathie...)	836
Epistémologie	839
Epistemologie générale – philosophie des sciences.....	839
Epistémologie de la médecine	840
Evidence based medicine	841
Médecine personnalisée – Médecine centrée sur le patient – Rapport bénéfices/risques	843
Erotique (voir aussi transfert)	844
Therapôn.....	848
Esthétique	849
Art, Artisanat	850
Ethique.....	850
Ethique générale – Philosophie morale	850
Ethique médicale et bioéthique (voir aussi Soins).....	852
Vertus (généralités)	854
Courage.....	855
Phronēsis (sagesse pratique - voir aussi jugement pratique)	856
Sophrosune (tempérance).....	857
Expérience	858
Erlebnis	858
Expérimentation (voir aussi épistémologie de la médecine).....	859
Expertise	859
Formation des médecins – Professionnalisme – Déontologie	860
Jugement pratique – décision – acrasie (voir aussi phronēsis).....	861
Diagnostic.....	864
Parole – Langue – Langage	865
Rhétorique – Communication – linguistique.....	865
Sémiotique.....	867
Philosophie de la santé – philosophie de la médecine	868
Canguilhem	868
Pouvoir, Gouvernement, Biopolitique, Normes.....	869
Foucault	871
Obésité et médicalisation de l'existence	871
Psychanalyse.....	872
Freud	873
Lacan	875
Relation médecin-malade, transfert (voir aussi érotique)	877
Relation médecin -malade et internet.....	879
Société - Sociologie – Anthropologie - Politique	880
Crises et critiques de la médecine contemporaine (voir aussi travail, institution).....	882
Soins.....	883
Vulnérabilité.....	885
Travail, institution, hôpital, management	886
Plaisir et souffrance au travail des médecins.....	888

Table des matières

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	891
Ouvrages et chapitres d'ouvrages	891
Articles de revue.....	919
Autres documents	948
Textes de loi.....	951
TABLE DES MATIERES	953

RÉSUMÉ La clinique médicale est le lieu d'une expérience. Son point originaire est l'expérience vécue par un malade dont le corps souffrant le conduit à s'en remettre à un autre pour lui adresser une demande. Le médecin perçoit et déchiffre des traces, corporelles et langagières, les intègre dans une construction qui mobilise imagination et entendement : une situation singulière fait l'objet d'une enquête, expérience qui entrelace tous les degrés de la connaissance, des plus sensibles aux plus théoriques. Formuler un diagnostic, proposer et conduire une thérapie : la rhétorique se mêle à la science. L'expérience experte s'acquiert par l'instruction reçue d'expérimentations particulières et répétées. Elles confrontent au réel et forcent à articuler corps et parole, savoirs et affects, besoins et désirs, traitement et soins : vulnérable comme tout agir pratique, la clinique médicale est en crise. Sont en question le statut épistémologique de la médecine, son pouvoir de gouvernement des corps et des esprits, la nature de ce qui est offert, la distribution des savoirs. La mouvance Evidence-based medicine, l'individualisation des soins, l'empowerment et les patients-experts, et tous les procédés visant à consolider la pratique risquent cependant de la fragiliser davantage. L'analyse critique de la clinique et des apories qui la traversent conduit à en ressaisir les lignes de force, à revenir à ses racines : la médecine est une tekhnē, qui suppose pour s'exercer un jugement réfléchissant, un raisonnement pratique, une esthésie élargie, la science impersonnelle et l'attention délicate au particulier. En l'abordant sous les angles de l'esthétique, de l'érotique et de l'éthique de ses vertus, la thèse dégage les coordonnées fondamentales d'une clinique qui apparaît comme le laboratoire véritable de la médecine.

MOTS CLÉS

Philosophie de la médecine ; pratique médicale ; jugement pratique ; érotique ; esthétique ; éthique clinique ; vertu ; phronēsis ; tekhnē ; expérience ; expérimentation ; subjectivité ; psychanalyse.

ABSTRACT

Clinical medicine is home to a very experiment. Its native point is the experience of a patient whose suffering body led him to rely on someone else to send him a request. The doctor perceives and decodes physical marks and linguistic indices, integrates them into a construction involving imagination and understanding: a singular situation is being investigated through an experience that interweaves all the degrees of knowledge, from the most sensitive to the more theoretical ones. Making a diagnosis, proposing and leading a therapy requires not only science but also rhetoric. Expertise arises from repeated experimentations. They confront to the real and force to articulate body and language, knowledge and feelings, needs and desires, cure and care: vulnerable as every practice, clinical medicine is said in crisis. The epistemological status of medicine, the medical government of bodies and souls, the nature of what is offered, the distribution of knowledge, are the main topics being called into question. Evidence-based medicine, individualization of care, empowerment and expert patients, and all processes engaged to strengthen the clinical practice may however further compromise it. A critical reappraisal of clinical medicine and its aporia led us to address the key issues of practical medicine, and to return to its roots: medicine is a tekhnē, which assumes to exercise reflective judgment, practical reasoning, expanded aesthesia, and entangles impersonal science and delicate attention to the individual. The thesis provides a comprehensive account of three fundamental dimensions of clinical medicine: aesthetics, erotics and ethics. Clinical practice appears to be the real laboratory for medicine.

KEYWORDS

Medical philosophy; medical practice; practical judgement; erotics; aesthetics; clinical ethics; virtue; phronēsis; tekhnē; experience; experiment; subjectivity; psychoanalysis

