Hegel Vol. 5 N° 3 - 2015

DOI : 10.4267/2042/56902

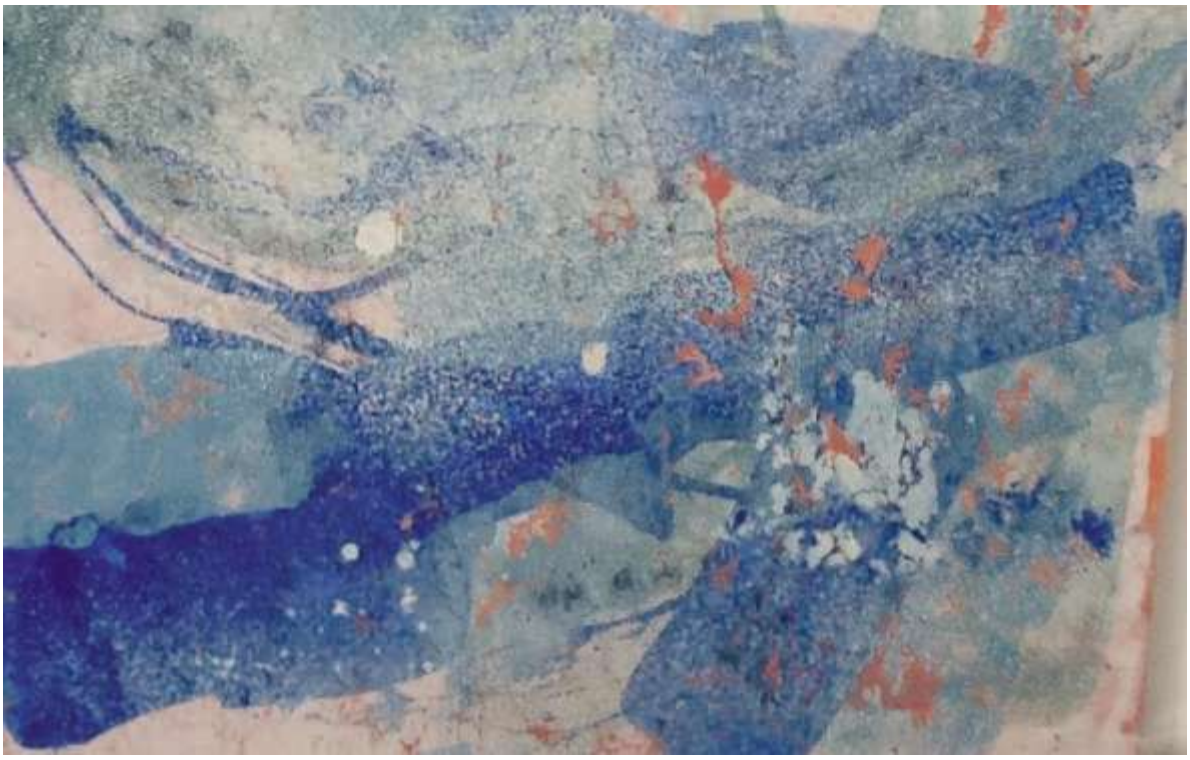
Culture

Le médecin et les signes… apprendre à voir, à regarder, à interpréter et à…

Jean-Marie André

andrejeanmarie67@gmail.com

à Camille A…
Il est plus facile de montrer que de démontrer.
La pensée du vague n'est pas le vague dans la pensée.
Abraham A. Moles [1]



Neige de printemps. **Françoise Bar-Filoche** [1]

La médecine serait elle une technique et le médecin ne serait-il qu'un plombier du corps humain ? Jacques Audiberti répondit en 1948 à cette seconde question dans *Les médecins ne sont pas des plombiers* [2]. La médecine serait elle un art et le médecin un artiste? Un artiste voit, regarde mieux et plus loin que les autres. Il aperçoit les choses dans leur nudité aussi bien pour les formes, les couleurs et les sons des plus subtiles vibrations de la vie affective. Quant à nous, nous percevons le plus souvent superficiellement aussi bien les objets du monde extérieur que ceux de notre monde intérieur se dérobant à nous dans ce qu'ils ont d'unique et d'intimement vécu. Pour J.D. Nasio, « Nous n'apercevons de nos sentiments que leur écume ». « Nous ne saisissons de nos émotions que leur expression professionnelle et distante afin d'échapper à la vérité brute de nos sentiments » [3]. Pourtant depuis le IVe siècle avant JC et Aristote, les Grecs pensaient percevoir cette distance et l'espace en général à partir de l'espace occupé par leur propre corps. Pour eux, les limites de cet espace n'étaient pas ce par quoi une chose prend fin mais ce à partir de quoi cette chose commence. Dans cette apparente impasse, il semble néanmoins que voir c'est aussi penser que l'on peut être vu. Regarder, observer un malade c'est aussi prendre conscience que lui aussi nous voit, nous regarde. Ces regards nous ramènent à « l'éthique du visage et du regard » du philosophe

1. barfiloche@icloud.com.

© aln.editions

Emmanuel Levinas [4], éthique ne reposant ni sur un interdit ni même sur une égalité ou une réciprocité. L'autre étant une priorité absolue sans calcul ni réciprocité, ce caractère d'échange « asymétrique » est aussi fondamental dans le voir que dans le dire du dialogue. Dialogue qui est souvent « une tentative de verbalisation » de la façon dont le médecin voit le malade et vice versa.

Apprendre à voir et à regarder…

En France, « l'homme de l'art » a longtemps été le médecin. La médecine serait-elle donc un art ? Pendant des milliers d'années, l'art a navigué entre des signifiants divers : ritus, armus, artus, techne, kunst et des signifiés qui ne l'étaient pas moins : rites, armes, talent, habileté, ruse, technique et beauté. Petit à petit se sont successivement opposé les « arts mécaniques » et les « arts libéraux », puis les « arts et métiers » et les « beaux arts ». Pour enfin, au début du XIXe siècle, voir le glissement de « l'art » vers la notion d'esthétique et de beauté avec la peinture, la sculpture, la musique, la poésie, sans oublier le septième et le huitième art ! Avec le développement de l'imagerie et de la technologie médicale, ne serait-elle pas devenue qu'une technique ? Elle est d'abord et avant tout restée un art et une pratique visant à rétablir l'équilibre perturbé d'un être humain. Aristote disait la même chose : « la médecine et le médecin doivent aider le malade à se guérir lui-même. » La médecine est technique et éthique. Vivre les deux, relève du grand art car les nouvelles technologies passent mais les vieux dilemmes restent !

Apprendre à voir, à regarder et à interpréter les signes peut passer par de nombreux chemins dont celui de l'art. Gustave Flaubert conseilla au jeune Guy de Maupassant, qui le lui demandait, de regarder deux arbres « identiques » et d'en décrire les différences ! Un vieux maître de la radiologie des « ombres chinoises », conseillait jadis de s'adonner au jeu des sept erreurs dans un temps imparti très court ! *La Vue de Delft* de Vermeer, Hölderlin et son école du Bleu ont déjà été évoqués précédemment dans HEGEL [5]. Jean-François Revel dans *Le voleur dans la maison vide* [6] est plus explicite encore, sur cette nécessité d'apprendre à voir. Il se figurait que le seul coup d'œil suffisait pour comprendre un tableau. Mais en réalité on se nourrit d'illusion en pensant que l'œil puisse tout saisir et que le seul « contact physique » avec l'œuvre permette d'en comprendre la signification et d'en appréhender la beauté formelle sans aucune connaissance iconographique. En bref, il faut apprendre à lire une œuvre, une image qu'elle soit de Raymond Depardon ou médicale. Le cubisme et la peinture abstraite en ne racontant plus une histoire ont implanté le préjugé que « l'œuvre plastique est forme pure, sans contenu ni message ».

Mais il en est allé tout à l'opposé durant des milliers d'années. « Quiconque s'imagine goûter à l'aide du seul regard *Le Printemps* de Botticelli ou *La Flagellation* de Piero dalla Francesca n'est qu'un naïf ou un hâbleur ». Chez ces peintres, forme et signification se déterminent mutuellement et demeurent illisibles l'une sans l'autre. Les différences formelles entre un tableau maniériste et un tableau baroque viennent aussi des incompatibilités morales, éthiques, religieuses. Pour apprendre à voir, Jean-François Revel nous incite à nous méfier de certaines exégèses et d'en fuir « le verbiage jalonné de rapprochements vertigineux et d'enjambements racoleurs, flattant […]un public ivre de mots et de son intelligence en lui communiquant l'illusion […] dédaigneuse du détail mesquin et de la sordide exactitude » pour nous fournir « tout empaquetée, l'intuition à prix fixe de trois millénaires en quatre paragraphes ». En bref, l'abstract des news ou l'abstract médical, si prisés actuellement, n'ont jamais réellement suffi ! Pour Jean-François Revel, apprendre à voir n'acquiert « sa réalité qu'en devenant, profondément, irréductiblement et imprévisiblement individuelle ». Cette culture nous permet de vivre avec d'autres âges, de dialoguer et d'échanger avec d'autres cultures. Elle ne peut être que personnelle mais au lieu de ressasser des idées et des goûts reçus, elle nous permet de les revivre, de les réévaluer et de les refondre pour nous-mêmes et en nous-mêmes.

La mesure et l'exégèse …

La mesure, née avec l'humanité, est nécessaire et insuffisante

La mesure est née avec l'humanité qui a commencé par compter sur les doigts et qui continue à le faire dans les votes à main levée ! Elle a commencé à mesurer avec le pouce et le pas, à peser avec la poignée et la brassée… En bref, l'humanité s'est acharnée à conquérir la précision en enserrant la totalité de son réel dans un réseau de mesures traduites en grandeurs et en chiffres. La métrologie est ainsi devenue un outil de normalisation et d'universalité dans un monde ayant choisi l'option de devenir de plus en plus scientifique. La science est ainsi devenue « le seul véritable triomphe de la pensée, de l'intelligence

© aln.editions

et de la cohérence universelle ». Dans une telle euphorie, la mesure a basculé dans « le vertige autant que le mirage de la précision » mais avec son corollaire, « confondre la mesure et la chose ». De croire qu'il suffit de mesurer pour comprendre, maîtriser, connaître et faire. Et puis mesurer dans tous ses paramètres une tumeur, c'est prendre ses distances avec elle et avoir l'opportunité de tenir ensuite un discours « distancié » au patient effondré par la chute d'un météorite d'une telle taille dans son champ de vie ! Du vertige au mirage, il n'y avait qu'un pas à franchir pour aller de « la précision c'est bien » à l'idéologie du « n'est bien que ce qui est précis ». Si la paraclinique est du côté des sciences « exactes » ou « dures » parce qu'elles sont précises et que leurs concepts sont bien déterminés, la clinique elle, dans sa pratique quotidienne, semble bien souvent être du côté des sciences « molles » de « l'imprécis » ! Pour Abraham A. Moles, ces sciences ne sont pas fausses… elles ne sont « qu'inexactes » [1].

Dans la vie quotidienne, nous rencontrons d'autres humains et dans notre champ de conscience « toutes ces impressions se répètent, se renouvellent, selon des lois que nous avons longtemps ignorées mais dont aucun de nous, qu'il soit scientifique ou non, ne peut refuser l'évidence ni le caractère général ». Ces sciences de « l'imprécis » sont à la fois confiantes en la puissance de l'idée de « quantité » en sciences mais « fortement critiques sur la nature des chiffres et des mesures en fonction du paysage d'action effectif de l'observateur en situation de réviser les chiffres qui lui sont proposés par d'autres disciplines ». Moles ajoute « qu'entre ignorance et précision scientifique, se situe une plage de faits mal déterminés où l'effort [quelque en soit le] procédé pour réduire l'indétermination, porte plus sur l'ouverture des hypothèses et des conditions qui établissent un champ des possibles que sur le traitement correct de résultats d'échantillonnages obtenus par des procédés conventionnels selon des hypothèses trop limitatives ». Mais Laplace, mathématicien de la fin du XVIIIe siècle, avait déjà imaginé sous forme de pourcentages ce qui devint plus tard « Intervalle de Confiance » ou « Degré de Confiance ».

La mesure est nécessaire. Pour dire la frontière du normal et du pathologique, pour juger de la pertinence des images médicales diagnostiques et des thérapeutiques en vue de guérir le malade quand cela est possible « ici et maintenant ». L'idée même de mesure est un élément essentiel de la pensée scientifique « établie ». La mesure et la précision sont incontournables dans la pratique de nombreux gestes diagnostiques et thérapeutiques se multipliant en nombre, en complexité mais aussi en efficacité. Peu à peu toutefois, s'est ainsi répandu la croyance que tout est mesurable et quantifiable. Il existera (peut-être) toujours une frontière entre la science « établie » et celle « en train de se faire » car si la rationalité a codifié et quantifié la démarche de la première, face à la seconde, il faut y intégrer le facteur humain avec toute l'irrationalité du malade et aussi du médecin. La philosophie pourrait nous apprendre que cette irrationalité est connue depuis Montaigne et son premier chapitre des *Essais* ! Mais oublier la mesure, c'est reculer dans le temps, c'est retourner à l'approximation et à l'opinion. Toutefois certaines situations pathologiques échappent « ici et maintenant », au « possible invérifiable » de l'état actuel des connaissances. Pour nous, il arrive que nous en restions encore « au soleil qui se lève » et nous regrettons toujours la magie opérationnelle de recettes éternellement efficaces ! Le malade, son entourage peuvent, dans ce vide de la pensée réflexive, être attiré par le mirage du « kitsch scientifique ». Moles nous rappelle que « penser la science devient si complexe que *l'homme d'aujourd'hui* se trouve *aliéné* vis-à-vis de celle-ci […] Ressentant bien qu'il vit de gré ou de force un âge *scientifique,* en tout cas *technologique*, ce *petit homme* qui se trouve être dans notre société *la mesure de toute chose* cherche à combler le fossé qui le sépare de la cité scientifique où il n'a pas accès, *sauf en visite* » [1]

Mais la mesure est insuffisante. La mesure peut-elle tout mesurer ? A cette question, la réponse de Benoît Mandelbrot, le père de la géométrie des fractales de la nature et du chaos, fut interrogative : « Combien mesure la côte de Bretagne ? » [6]. Cette médecine normative permettant de fixer les seuils à partir desquels il faut traiter, a ses limites car ces seuils, déterminés à partir d'études épidémiologiques et d'essais cliniques, peuvent varier dans le temps. Ainsi, la norme de la tension artérielle fait-elle le yoyo depuis 1979 pour l'OMS entre 16/9,5 et 14/9. Devant l'angoisse de l'éphémère de notre vie, de sa finitude et de notre insatiable désir d'éternité, nous sommes avides du sensationnel apporté par l'invasion généralisée des abstracts, hors de leur contexte scientifique et orchestrée par des médias avides d'audience. Nous nous voulons éternels, donc nous sommes éternels. Alors nous croyons ce que nous voulons croire comme nous ne voyons que ce que nous voulons voir. Dans ce champ, fleurit le « sur-diagnostic » que l'on peut définir comme la transformation en maladies d'anomalies biologiques ou de l'imagerie, sans effets pathologiques pour le patient, mais générateurs de traitements inadaptés, au mieux inutiles, au pire fâcheux avec des répercussions néfastes pour le patient et pour la santé publique. Ce « sur-diagnostic » passe par la prescription d'examens sans interrogatoire adéquat et/ou sans examen clinique du patient. Dans son rapport de 2014, l'Assurance Maladie pointe le fait qu'un tiers des examens diagnostiques et actes chirurgicaux sont « injustifiés ». Mais tout ceci nous ramène au fait que la « probabilité primaire » ou valeur pré-test d'un examen « n'est pas très souvent évaluée ». Souvenez-vous, le Révérend Sir Thomas Bayes le disait déjà !

© aln.editions

Il ne s'agit cependant pas de prôner un laisser-aller ou un laisser-faire général mais de prendre conscience que la mesure ne doit pas favoriser des comportements à la fois nocifs pour la communauté toute entière et contreproductifs en aboutissant à l'opposé du résultat recherché. Mais il est parfois difficile de faire admettre qu'une pratique avec toutes les apparences de la vertu et d'un apparent service rendu au patient puisse être délétère pour la population. C'est dans ce contexte de l'aide à la décision médicale qu'est née la « Médecine Fondée sur des Preuves » reposant sur le croisement des champs de l'expérience médicale, de l'état des connaissances médicales et des préférences du patient, que les Anglo-saxons ont baptisée «Evidence Base Medicine» avec tous les problèmes générés par la traduction du mot «Evidence». Mais tout cela concourt à répondre au fait que les recommandations pour les bonnes pratiques professionnelles émanant des sociétés savantes ont été intégrées à la hiérarchie des « normes opposables » aux praticiens et aux établissements de soins, aux mêmes titres que les décrets occupant une place importante dans le cercle des normes hiérarchisées du Droit français. Mais depuis peu, certains auteurs, K. Kassel et P. Conway, se penchent activement sur l'amélioration de la mesure de la performance pour générer une plus grande qualité de la performance [9].

L'exégèse

Sans l'exégèse qui est interprétation et explication, la mesure est insuffisante. Il est aussi important de lire un résultat que de l'interpréter, le rapporter à un être humain souffrant. « La médecine n'existe que comme rapport du singulier à l'universel et de l'universel au singulier ». Oublier l'exégèse, c'est faire de la mesure le seul critère de distinction du normal et du pathologique et de lui confier la mission de décréter qui est sain et qui est malade. Réconcilier la mesure et l'exégèse, dans un ensemble à la fois scientifique et philosophique, relève de la nécessité. Le retour à la philosophie peut faire sourire. Mais comment définir la santé ?, comment distinguer le normal du pathologique ? Autant d'interrogations qui perdurent inexorablement. « De ce questionnement engendré par l'exégèse, naît la notion de mesure et de normes médicales. La médecine est une technique et un art, elle est science et philosophie, elle est science exacte et science de l'imprécis. Elle mesure les tumeurs et elle devrait aussi, pour A. Moles, parfois mesurer « l'épaisseur d'un oreiller » [1]**.** Jacques Audiberti ajoutait avec lyrisme que « la médecine n'est pas philosophie. Elle n'est pas théologie. Elle n'est pas oligarchie. Elle n'est pas littérature ou s'en défend. Mais lorsqu'elle omet d'être philosophie, théologie, oligarchie, littérature, lorsque pour conquérir en fini ce qu'elle perd en infini, elle refuse de se confondre à toute l'étendue accessible à l'esprit, lorsque sous la croix rouge elle prend ses clients quand ils se présentent, comme ils se présentent, sans mettre en cause leurs tenants et confrontations dans l'enchaînement universel, lorsqu'elle obéit sans discussion ni réserve à sa fonction immédiate, thérapeutique, clinique, pratique, brocheuse, ventouseuse, la médecine se confine dans l'infirmerie, se maintient dans la plomberie » [2]. La boucle est bouclée.

Apprendre à voir et à regarder… à écouter et à dialoguer

Dans *Lumière derrière, Lumière devant*, paru dans un récent numéro de HEGEL [9], Bernard-Marie Dupont pose une question aux médecins imagiers : « Que faites-vous de la parole de vos patients ? Pourquoi tant de paroles confisquées ? Au nom de quoi et de qui ? ». L'image n'est pas tout ce qu'elle représente et elle ne représente pas tout, avait suggéré Korzybski. La médecine moderne est de plus en plus celle de la mesure. La maladie pour le malade reste avant tout conscience d'un trouble qu'il mesure lui-même et dont il aimerait parler avec ses propres mots. Le caractère subjectif de la parole du patient trouble, déstabilise le médecin alors que le caractère objectif des images de la paraclinique le rassure.

Mais ce dialogue implicite à toute interprétation est implicitement souhaité par le patient. Pour certains médecins, prêts à se refugier dans leur instrument transformé en périscope, ce dialogue en situation probabiliste peut leur sembler dangereux avec le sentiment angoissant d'une remise en question de leur savoir, de leur expérience, de leurs certitudes et *in fine* de leur pouvoir. Bernard-Marie Dupont nous rappelle que cette procédure dynamique du dialogue reposant sur l'écoute et l'échange était déjà le grand principe de ce que fut la médecine professée au XIIe siècle par Maïmonide. Cette relation Malade-Médecin est aussi celle appréhendée par Emmanuel Levinas.

Pour ce philosophe français du XXe siècle, le « visage d'autrui » ne doit pas être pris en son sens empirique car il ne désigne pas les traits de la physionomie. Il ne doit pas non plus être pris dans un sens métaphorique. Dans *Totalité et Infini*, publié en 1961, il nous rappelle que dans son « exposition, dans sa faiblesse, sa mortalité », ce visage nous révèle la demande silencieuse que, par sa présence, il nous adresse. Ce visage, ce regard c'est la réalité d'autrui dans son humanité par-delà tous les rôles sociaux qu'il peut être amené à jouer, ce visage est de ce fait signification sans contexte, « il est sens à lui seul ».

© aln.editions

Jean-Baptiste Dumond [10] ©jmandre

Cette rencontre transcende vers l'*Infini* le système clos du savoir et du pouvoir qui est celui de la *Totalité*. A la primauté du savoir qui est normative, Emmanuel Levinas substitue le primat de l'éthique qui est explicatif et nous sert à comprendre. L'exigence éthique s'exprime dans le face à face des humains entre eux. Face à face donnant une dimension qui n'est ni celle du monde des choses, ni celle des concepts ou des paradigmes. L'autre n'est ni une chose ni un concept. Nous possédons les choses, elles sont devant nous mais jamais en face de nous. Elles n'ont pas de visage. Le visage de l'autre, quant à lui, est pour nous une énigme nous faisant face, une identité impossible à posséder mais se donnant sans concept.

« La rencontre d'autrui n'est pas simplement une relation de pur regard, de pure connaissance, de pur savoir. D'emblée, il s'agit d'une responsabilité inscrite dans le visage de l'autre homme… dans sa faiblesse, il y a un ordre, « tu n'abandonneras point l'autre à son sort… » [4]. Pour le médecin qui voit et entend les plaintes, les cris, les souffrances, cette éthique est la sagesse par excellence.

L'imagerie, la biologie, la thérapeutique, toutes au sens le plus large et le plus moderne du terme, ne peuvent exister et progresser que sous un seul et unique joug partagé avec l'éthique. La Fontaine dans *Les Membres et l'Estomac* disait la même chose. Sans éthique, comment annoncer la vérité au malade ? Sans éthique comment le soigner ? Sans éthique comment prendre en charge sa fin de vie ? Toutes les définitions de l'éthique sont pertinentes mais je m'en tiendrai à celle du philosophe contemporain Marcel Conche. « L'éthique est un choix de vie en fonction de certaines valeurs ». « Ce choix est absolument libre et licite s'il ne contrevient pas au respect d'autrui […] Ces valeurs peuvent être la gloire, le pouvoir, l'honneur, la vengeance, le salut de la patrie, la création artistique, le bonheur par la sagesse, la vérité, voire même un « petit bonheur tranquille » […] « Pour le médecin, cette valeur est le service des hommes » […] sans leur nuire. « Une éthique implique que l'on s'oblige à certains actes en vue d'une certaine fin [car] elle implique des devoirs. Mais ces devoirs sont conditionnels, car ils découlent d'un choix initial à quoi l'on n'était pas obligé […] Si le médecin […] veut échapper aux devoirs de sa profession, il lui suffit de n'être pas médecin » [11]. La chute peut sembler brutale mais il n'est pas inutile de rappeler que les devoirs qu'elle implique sont lourds. En effet la médecine reste…un métier tragique, dans son sens d'irréductible, car confronté au pire, à la souffrance, à la solitude, à l'angoisse, à la mort… un métier éthique car confronté à la fois à l'autre dans son unicité et dans sa multiplicité et à la fois à lui-même dans la solitude… un métier de responsabilité car sans possibilité de fuir toujours dans le légalisme et/ou dans la délégation aux experts en éthique… un métier à risque, celui de basculer dans l'angoisse, la dureté, l'indifférence ou le « divertissement pascalien ». Mais comment rester serein dans la confrontation quotidienne à la douleur, la mort et la solitude ? [12]. Tel fut le point de vue qu'André Comte-Sponville proposa à Marcel Conche qui fut son maître.

L'actuel mode de sélection en France des premières années d'études de médecine par les QCM serait-elle la réponse pertinente à ce type de questionnement ? Naguère des enseignants essayèrent, en vain, d'introduire, dans les programmes des premières années de médecine, ces sciences humaines jugées par d'autres « trop imprécises » en 1999 ! Pourtant Jacques Tati dans *Jour de Fête,* nous avait donné, cinquante ans plus tôt, la bonne réponse à ces questions, en faisant dire à son facteur, roulant les *r*, son légendaire « Comme en Amérique » ! Pays où furent pris en compte les « effets de la lecture d'œuvres de fiction de qualité sur la capacité des étudiants de comprendre les états mentaux d'autrui ». Il s'y avéra que la fiction littéraire de « qualité » entraînait l'aptitude à être en « empathie avec les autres », en mettant le lecteur en situation de déchiffrer la vie mentale de personnages qui ont de « l'épaisseur et de la complexité ». Ainsi, la fiction changerait la façon dont les individus « pensent à » autrui et pas seulement ce qu'ils « en pensent ». Ce résultat serait plus créatif avec les textes littéraires tels *Patrimoine* de Philip Roth ou *Mars* de Fritz Zorn qu'avec des textes tirés de best-sellers dont les personnages sont plus convenus et formatés. Le but de cette approche est de former des étudiants capables de « mieux dialoguer avec leurs patients » mais surtout d'en faire « des lecteurs de leurs patients » et non plus des « automates gavés de données ». Les voilà maintenant arrivés en France où se pose désormais la question de savoir s'il est encore possible d'être un bon médecin sans avoir lu *La Princesse de Clèves* [13] en version numérique ou encore, pour quelques temps encore, dans un vieux Poche !

© aln.editions

Coda

Tout médecin qui pense qu'il pourrait être remplacé
par un ordinateur devra l'être
Abraham A. Moles [1]

Au terme de cette approche du signe médical, se pose une question. Celle de savoir s'il est pertinent, scientifiquement acceptable, efficient, légitime voire éthique de continuer, de plus en plus souvent, voire quotidiennement, à faire l'impasse sur la clinique afin d'arriver au plus vite à l'imagerie, à la biologie et s'y refugier au plus profond de ces technologies ? Dès 1966, le philosophe et médecin Georges Canguilhem, avait répondu dans *Le Normal et le Pathologique* à cette interrogation [14]. « Quand on parle de pathologie objective, quand on pense que l'observation anatomique, histologique , que le test physiologique, que l'examen bactériologique sont des méthodes qui permettent de porter scientifiquement, et certains pensent même en l'absence de tout interrogatoire et exploration clinique, le diagnostic de la maladie, on est victime selon nous de la confusion philosophique la plus grave, et thérapeutiquement la plus dangereuse Un microscope, un bouillon de culture ne savent pas une médecine que le médecin ignorerait. Ils donnent un résultat. Ce résultat n'a en soi aucune valeur diagnostique. Pour porter un diagnostic, il faut observer le comportement du malade. On découvre qu'un tel, hébergeant dans son pharynx du bacille de Loeffler, n'est pas diphtérique. Inversement, pour tel autre, un examen clinique approfondi et très correctement conduit fait penser à une maladie de Hodgkin, alors que l'examen anatomopathologique d'une biopsie révèle l'existence d'un néoplasme thyroïdien. En matière de pathologie, le premier mot, historiquement parlant, et le dernier, logiquement parlant, revient à la clinique. Or, la clinique n'est pas une science et ne sera jamais une science, alors même qu'elle usera de moyens à efficacité toujours plus scientifiquement garantie. » Cette citation paraîtra trop longue à certains, mais en réalité elle est trop courte.

Trop courte parce que la suite du propos de Georges Canguilhem est aussi prophétique. Il nous rappelle que l'appel au médecin vient du malade et que c'est parce que les humains se sentent malades qu'il y a une médecine qui leur dira en quoi ils sont malades et ce, en toute lucidité critique car « aucune médecine n'est infaillible » et « qu'aucune guérison n'est retour à l'innocence ». Le médecin, en prenant le parti de la vie, va répondre en écho à cet appel et utiliser les résultats de toutes les sciences qualifiées de pathologiques au service des normes de la vie. Mais ce « qualificatif de pathologique est un import d'origine technique, donc d'origine subjective ». Il ajoute enfin que la clinique ne se sépare pas de la thérapeutique qui est le moyen de restaurer le normal dont la fin échappe à la juridiction du savoir objectif.

Trop courte car il faudrait ajouter au catalogue des acronymes, ceux de Scan, d'Angio-Scan, d'IRM, de Pet-Scan, de FDG-TEP, de TEP-IRM pour n'en citer que quelques uns. Mais derrière ces acronymes, il y a un savoir et un entraînement dont l'acquisition répond à l'incontournable principe éthique du *primum non nocere.* « Jamais la première fois sur un patient pour mieux soigner » est devenu le mot d'ordre des plateformes universitaires d'enseignement des techniques virtuelles médicales, chirurgicales et obstétricales en France. Aphorisme répondant, avec un retard classique, à celui des frères Mayo en 1928 «There is no excuse today for surgeon to learn on the patient first». Lille, Nancy, Marseille, Paris pour ne citer que *Trois Mousquetaires* parmi une quarantaine de CHU français, ont mis les bouchées doubles pour combler celui-ci. La formation à ces techniques par la simulation repose sur l'utilisation de « mannequins haute fidélité » masculins ou féminins, dotés de toutes les fonctions vitales permettant de reproduire les cas réels de touts les pathologies humaines. Pour les internes, l'apprentissage des technologies classiques et nouvelles se fait dans un environnement simulant le réel de celles-ci mais sous la supervision d'un médecin senior aidé d'une infirmière et d'une aide-soignante. Cette formation concerne de ce fait une équipe dans sa globalité et pérennise le fondement de la formation qui est et reste la transmission des savoirs. L'enseignement virtuel de ces équipes aux situations d'urgence médico-chirurgicales et obstétricales améliore la prise en charge des malades tout en évaluant l'impact du stress sur la performance technique du praticien, sur son comportement et sur sa capacité à assumer le leadership d'une équipe. Cette formation sert déjà aux USA à la validation du cursus des internes et à la re-certification des médecins confirmés sans être le seul critère de celle-ci ; la re-certification devenant ainsi l'incontournable façon d'évaluer les pratiques médicales. Mais n'oublions pas que le patient virtuel a cependant deux caractéristiques : il est programmé pour ne jamais mourir et il ne parle pas !

Trop courte car toutes les images, inhérentes à ces techniques acronymiques ou virtuelles, naissent pour Elisabeth Rohmer « au-delà du visible, au sens humain du mot » et pourraient finir par rendre « invisible » [15] un patient pourtant réel et doté de la parole, lui ! Le tragique de la situation est né et continuera à naître de cette confrontation à vivre car les avancées de la physique quantique corpusculaire et/ou ondulatoire, de celles des technologies nouvelles en découlant, ont fini par bouleverser notre espace de représentation de la maladie, du malade et de la clinique. La technologie qui nous « dit tout ou presque sur la maladie » et la clinique, la culture, générale et littéraire, qui nous « disent tout ou presque sur le malade » pourraient donner l'impression que médecins et malades se rapprocheront un jour dans cet « espace digitalisé et pixellisé ». Mais ces deux binômes, en leur sein et l'un face à l'autre, en même temps et à jamais, unis/intriqués dans leur « non-séparabilité quantique » et insaisissables

© aln.editions

dans « l'ici et le maintenant aristotélicien ». La nature du temps, peut nous sembler beaucoup mieux cernée depuis Einstein et ses disciples Schrödinger, Higgs et son boson. Mais il persiste toujours deux modalités contradictoires d'appréhender la réalité, la littérature et la science. La première observe la réalité, la seconde interprète une réalité que l'expérimentation confirmera ou non, comme si la réalité se conformait à la pensée et non l'inverse [17]. Intriqués, inséparables, insaisissables certes, mais en réalité chacun d'entre nous se protège car effrayé par « la présence de l'autre qui seule vous rend présent à vous-même ». L'autre reste toujours insaisissable car analogue à la particule du *Principe d'incertitude* d'Heisenberg dont il est impossible de connaître à la fois la vitesse et la position [18]. Même protégés par les éventuelles cottes de maille faites de leur culture, de leurs croyances voire de leur humour, « l'être-malade » et « l'être-médecin » réunis dans cette particule de « l'être », ne parviennent toujours pas à fuir la souffrance et l'irréductible tragique de l'incertitude et de l'indétermination. Peut être… faudrait-il que le médecin passe parfois par la case « maladie » ?

Trop courte car il y aura toujours demain du nouveau encore « plus nouveau » que celui d'aujourd'hui ! Bientôt, il sera possible pour le malade et le médecin de se transformer en clef USB ! Une montre, un bracelet, un vêtement serviront de « transmetteurs d'informations » vers ceux du médecin et vice-versa. Mais le malade, lui, devra abandonner ses « transmetteurs » avant de pénétrer dans la machinerie diagnostique. Et puis ces informations, il faudra encore et toujours les interpréter ! Puisqu'il faut conclure, ce sera sur le séquençage de l'ADN que l'on annonce dans une présentation low cost. Jay Flattley, le patron d'Illumina qui a mis sur la marché ce robot capable de décrypter le génome humain pour mille dollars, a appris qu'il souffrait d'une dizaine de pathologies dont il aurait déjà dû mourir plusieurs fois et il sait depuis peu qu'il peut mourir sur une table d'opération en cas d'anesthésie générale. Face à cette cascade d'incidentalomes potentiels, enfants naturels de ces techniques, sa réponse fut « qu'il est précieux de savoir cela » ! Un codage génétique de l'humour nous serait-il donc enfin accessible ? La finitude humaine peut se comprendre philosophiquement comme étant entre deux paradigmes esthétiques, celui de la tragédie et celui de l'humour. Afin d'éviter les confusions les plus « classiques » à propos de ce mot, n'oublions pas que l'humour reste l'expression du tragique de l'existence, un tragique refusant de se prendre au sérieux. Mais face aux tragiques événements actuels se multipliant de par le monde, cette défense, sans gilet pare-balle, peut paraître dérisoire. Mais « face à la mort, elles le sont toutes ». Pour le médecin qui voit et entend plaintes, cris et souffrances, sa responsabilité lui est rappelée par le visage de l'autre, par son regard. Dans celui-ci, il y a un ordre « tu ne m'abandonneras pas à mon sort » et « tu ne tueras point… » [4].

Références

1. Abraham A. Moles. *Les sciences de l'imprécis*. S 105. Editions du Seuil. Points 1995.
2. Jacques Audiberti. *Les médecins ne sont pas des plombiers.* Gallimard, 1948.
3. J.D Nasio. *Art et psychanalyse*, Petite Bibliothèque Payot, Rivages, 997, 2014, p.14-15.
4. Emmanuel Lévinas. L'Ethique comme philosophie première. Les Editions du Cerf. 1993.
5. Jean-Marie André. *Le médecin et les signes*. Voir, regarder, interpréter et…, HEGEL 2015;1:47-53.
6. Jean François Revel. *Mémoires, Le voleur dans la maison vide*, Plon, 1997 p 271-285.
7. Benoît Mandelbrot. *Fractales, Hasard et finances*, Champs Flammarion 382, 1997.
8. K. Kassel, P. Conway and col. *Getting more performance from performance measurement,* N Engl Med 2014;371:2145-2147, December 4, 2014.
9. Bernard-Marie Dupont. *Lumière derrière, Lumière devant*, HEGEL 2014;4:181-90.
10. Jean-Baptiste Dumont. www.jbdumont.com.
11. Marcel Conche. *La Voie Certaine vers « Dieu »*. Les Cahiers de l'Égaré 2008:7-13.
12. André Comte-Sponville. *Philosophie et Médecine.* Revue Med Interne 1999;20:1135-43.
13. E. Castano, D Comer-Kidd, *Reading literary fiction improves theory of mind.* Science 2013:342-377.
14. Georges Canguilhem. *Le Normal et le pathologique*, PUF, coll. Quadrige 1966. p.152-153.
15. Elisabeth Rohmer. *L'apport d'Abraham Moles à l'image*. HEGEL 2012;1:38-43.
16. S. Cabut, P. Santi. *Simuler pour mieux soigner*. Le Monde, Sciences et Médecine, 20.05.2015, p. 4-5.
17. Michel Schneider. *Amour Suite et Fin,* Alma éditions, 2015.
18. E. Klein. *Petit voyage dans le monde des quantas,* 2009, Champs sciences, Flammarion.

La page blanche **Françoise Bar-Filoche.**

barfiloche@icloud.com

© aln.editions