

Pratiquer la médecine une approche critique et phénoménologique de la clinique

Clinique

C'était la veille de Noël et j'étais de garde. Depuis 9 mois, je travaillais à l'hôpital de Q..., une petite ville sur le bord du lac où j'avais fait, à S..., une ville un peu plus grande, toutes mes classes, y compris mes études de médecine. Cette année à Q... était ma première comme « assistant », c'est-à-dire jeune médecin diplômé, dans le service de médecine interne.

J'aimais beaucoup ce travail, mes premiers pas de professionnel. J'étais hésitant quant à mon avenir, peu certain de vouloir vraiment devenir médecin, mais j'étais très content de l'expérience intense, passionnante que je vivais à Q... Je me découvrais capable de faire mon travail d'assistant, et ceci était déjà une surprise, ou un soulagement – aussi longtemps qu'on est étudiant, on se sent souvent un imposteur, qui cédera à la première confrontation avec le réel. J'étais un assistant apprécié des infirmières et surtout de mes chefs, deux hommes que j'aimais beaucoup. L'hôpital d'une grosse centaine de lits était devenu ma maison, j'en connaissais tous les recoins, et j'y passais la plus grande part de mon temps.

La charge de travail était considérable, surtout lors des gardes du week-end et des jours fériés. Nous étions alors deux assistants, un pour la chirurgie (qui incluait la gynécologie-obstétrique), et un pour la médecine (qui incluait la pédiatrie) – mais nous nous voyions à peine. Le chirurgien était le plus souvent au bloc opératoire. Je n'ai pas le souvenir d'avoir jamais discuté d'un cas avec lui. Comme gardien pour la médecine et la pédiatrie, l'assistant avait la responsabilité des cas non-chirurgicaux, des urgences, des patients hospitalisés en chambre normale et ceux des soins continus, ainsi que toutes les urgences pré-hospitalières, c'est-à-dire les sorties en ambulance médicalisée. Une garde le week-end était une folie: je courais des urgences à l'étage, où je poursuivais tant bien que mal la visite des patients hospitalisés qui se terminait souvent en fin d'après-midi, pouvant être à tout moment interrompu par un appel pour une sortie en ambulance. Je me souviens avoir espéré, parfois, que l'alarme sonne, pour me libérer, le temps de la sortie dans le vignoble alentour, de la pression de la salle d'attente de l'hôpital, tout en sachant qu'à mon retour, elle serait plus pleine encore et que j'aurais sans doute amené avec moi une nouvelle urgence qui nécessiterait mon attention immédiate.

En fait, j'aimais être de garde, une perfusion d'adrénaline de 36 heures parfois, l'impression de jongler avec tant de paramètres, de tenir le coup pourtant, le soulagement lorsque je quittais enfin l'hôpital un peu sonné, après avoir fait mon rapport sous l'œil approbateur d'un de mes chefs. La garde était un temps compact, intense, où les rythmes du corps s'effaçaient au profit du temps de l'hôpital qui, lui, n'a pas de rythme, plutôt une ronde marquée par quelques haltes de hasard, dans la nuit entre 23h00 et 6h00.

J'étais donc plutôt content, ce jeudi de la veille de Noël. 24 heures de garde puis j'aurais trois jours de congé avant de reprendre le lundi. En début de soirée, j'ai vu aux urgences une fillette

de 7 mois, amenée par sa mère pour un état fébrile. Juste avant l'arrivée à l'hôpital, la petite a fait une convulsion. C'est une enfant adoptée depuis deux ou trois mois, née en Afrique. La mère, suisse, assiste à la consultation. La patiente a de la fièvre, entre 39 et 40 dans mon souvenir. Je demande à la mère de décrire la convulsion: mouvements symétriques des quatre membres, perte de connaissance, pas de signe focal, durée d'une trentaine de secondes. L'enfant est fébrile depuis la veille, avec un rhume. Je l'examine. Je la trouve un peu étrange, cette enfant, un peu apathique, un peu repliée sur elle. La mère me dit qu'elle a un retard de développement en cours d'investigation dans un hôpital universitaire voisin, à R..., dont elle ne peut guère me dire plus. Elle ne sait rien des conditions de la naissance et des premiers mois de vie. Elle trouve sa fille « comme d'habitude ». J'insiste, plusieurs fois, sa réponse est toujours la même, elle ne la trouve pas inquiétante. Il me semble que le fond de gorge est un peu rouge, il y a en effet un rhume. Je lui fais donner un fébrifuge et je sors du box.

J'appelle la pédiatre de garde. Cela fait quelques mois qu'elle a rejoint l'hôpital de Q..., après avoir terminé sa formation, à l'hôpital de R..., celui justement où ma petite patiente est en cours d'investigation. Avant son départ, elle était là-bas responsable des soins intensifs de pédiatrie. Elle est arrivée à Q... pleine d'énergie et de projets. Jeune, sympathique, dynamique, elle changeait des trois pédiatres un peu bougons avec lesquels j'avais travaillé jusque-là. Nous (les assistants) la tutoyions. Le rapport était chaleureux, simple, direct. Elle semblait intéressée par ce que nous faisons. Je crois que, sans en être tout à fait conscient, je percevais cet enthousiasme comme un peu excessif, un peu suspect, venant peut-être masquer une déception professionnelle à R... Des soins intensifs d'un hôpital universitaire au service de pédiatrie de Q..., il y a un monde. Q... n'a pas de lits de soins intensifs pédiatriques. Les enfants y sont hospitalisés pour des crises d'asthme et des gastro-entérites virales pas trop sévères. Sans soins intensifs ou continus, un hôpital ne peut prendre en charge que des situations assez simples. Tout ce qui est plus inquiétant part en hôpital universitaire.

C'est donc elle que j'appelle ce soir-là. L'histoire, lui dis-je, c'est une convulsion fébrile inaugurale, probablement au décours d'un épisode viral. Mais il y a cette autre histoire, ce retard de développement, et le fait que je trouve l'enfant un peu apathique. Pense-t-elle qu'il faut en faire plus, c'est-à-dire essayer d'obtenir le dossier de l'hôpital universitaire, pour en apprendre davantage sur ce retard de développement (ce qui n'aurait rien de simple la veille de Noël), ou compléter le bilan par une prise de sang, voire la garder en observation? Nous discutons longuement, de l'anamnèse, de l'examen clinique, des options. C'est un travail que nous faisons ensemble, avec un certain plaisir, avec intérêt. Elle résume: c'est une convulsion fébrile simple, tu as un foyer infectieux (la gorge rouge, l'histoire du rhume), elle va bien, elle peut rentrer à la maison avec le protocole habituel pour gérer la température, et si la situation s'aggrave elle revient. C'est la proposition que je fais à la mère, elle est d'accord, toutes deux quittent l'hôpital et je poursuis la garde.

A six heures du matin, le téléphone me réveille. Ça fait deux heures que je dors. C'est l'infirmière des urgences avec qui j'ai débuté la nuit, une femme mince, de quarante ou cinquante ans, amère, sèche, un peu sévère. Je m'entends plutôt bien avec l'équipe infirmière des urgences, mais elle n'est pas facile. Il y a une vieille garde, dont cette infirmière, qui est très opposée aux développements récents de l'hôpital de Q... Ils se sentent remis en cause par les nouveaux médecins-cadres (et ils n'ont pas tort); ils ont du mal à accepter leurs critiques et leurs exigences en termes de qualité de prise en charge (ils n'ont pas tort non plus, les médecins-cadres). Je trouve un peu pénible de travailler avec eux, toujours de mauvaise humeur. Mais ils ont chacun un côté sympathique. Je ne leur fais pas trop confiance sur le plan clinique (contrairement aux infirmières de l'étage, surtout celles des soins continus), mais je fais de mon mieux pour que ça se passe bien. C'est le cas, d'ailleurs. Certains de mes collègues ont de gros problèmes avec cette équipe, mais pas moi. Récemment, l'équipe a été complétée par un jeune infirmier, tout frais de l'école, intelligent et enthousiaste, avec qui travailler est un plaisir, précisément pour que s'amorce un changement aux urgences. Tout le monde est bien conscient qu'il y a un problème dans ce secteur de l'hôpital.

Avec son petit accent de l'Est européen, l'infirmière me dit au téléphone: « la petite que tu as vue hier soir est revenue, je crois qu'elle est en état de choc. » Je me souviens encore de cette phrase, la deuxième partie surtout, très nettement, « je crois qu'elle est en état de choc ». Je descends en courant, en enfilant ma blouse en chemin, la bouche sèche, affolé, cherchant une explication, qu'est-ce qui s'est passé, qu'est-ce qui se passe maintenant, qu'est-ce que je vais trouver, qu'est-ce que je vais avoir à faire?

Aux urgences, la fillette est dans le box de pédiatrie. L'infirmière n'est pas là, c'est le jeune infirmier, le nouveau, qui est dans le box, il vient de prendre son service. Il est en train de sortir les appareils de monitoring. La petite n'est pas monitorée quand j'entre dans le box. Je m'approche, je cherche un pouls, une respiration, rien. La gorge en boule, je grogne à l'infirmier, « elle est en arrêt ». L'agitation s'empare de ces urgences encore désertées. Je crie qu'on appelle la pédiatre, qu'elle vienne au plus vite. L'infirmier et moi débutons maladroitement la réanimation – une enfant de 7 mois, nous ne savons pas le faire, ni lui, ni moi. Et j'ai du mal à penser clairement. La pédiatre arrive en trombe, je ne sais pas combien de temps après l'appel, mais au moins 15 minutes, c'est sûr. Un des anesthésistes arrive aussi, avant elle peut-être, sans doute était-il là pour une opération, je ne sais plus. La première chose qu'ils font, c'est de déplacer l'enfant vers un box « réa ». L'infirmière l'avait mise dans le box « pédiatrie », et je comprends alors qu'on ne fait pas comme ça, que pour une réanimation, il faut aller dans le box « réa ». Je suis hébété, je participe comme je peux au travail. Nous arrêtons vers huit heures du matin, je pense. On fait venir la mère. Je la prends dans mes bras, elle pleure, je pleure. Elle dit quelque chose comme, « peut-être que cette petite n'était pas faite pour ce monde », quelque chose comme ça, une pensée consolatrice un peu étrange qui m'a laissé un sentiment de malaise.

Dans le bureau des urgences, je suis hébété, à nouveau ce mot, je ne trouve pas de meilleur mot, face à la feuille de consultation que j'ai remplie la veille. Un des deux médecins-chefs du service de médecine est à côté de moi. Je regarde la feuille de la consultation, qui est un formulaire pré-rempli avec des croix à mettre dans des cases. A côté de « nuque souple », il y a une case sans croix. J'essaie de me souvenir. Aurais-je oublié de tester la nuque? Est-ce possible? Est-ce que j'aurais oublié de tester la nuque, chez cette fillette qui avait fait une convulsion fébrile? Ou ai-je oublié de remplir la case? Mon chef est visiblement touché par mon désarroi, il me raconte une histoire à lui, du temps de sa formation aux Etats-Unis. Aux urgences, il a prescrit un bêtabloquant à un patient, qui est rentré chez lui et est mort d'une insuffisance cardiaque aiguë. Je ne réagis pas vraiment. Il ajoute, mal à l'aise: « on ne fait pas d'omelette sans casser des œufs. » Je pense, « un œuf ? », mais je crois que je n'ai rien dit. J'erre ensuite dans l'hôpital. Je monte à l'étage, aux soins continus, mon lieu préféré de l'hôpital, avec mes infirmières préférées. Elles sont accablées. Il me semble qu'elles sont désolées pour moi, désolées que ça m'arrive à moi et pas à l'un ou l'autre de mes collègues qu'elles aiment moins. De mon point de vue, c'est à moi qu'il est arrivé quelque chose.

Je suis un peu soulagé là-bas, aux soins continus, mais il faut que je parte, que je rentre chez moi. Je vivais à l'époque avec mes deux meilleurs amis; j'appelle, personne ne répond, je laisse un message. « J'aimerais bien qu'il y ait quelqu'un quand je rentre. » Mais c'est Noël. Il n'y a personne à la maison quand je rentre. Je tourne en rond, j'ai l'impression de devenir fou, je ne sais pas quoi faire. Je monte aux urgences de l'hôpital de S..., je me retrouve face à un assistant psychiatre et une infirmière, ou peut-être une assistante sociale. Je raconte, ils critiquent le système qui m'a ainsi laissé seul face à de telles responsabilités, cherchant probablement à me déculpabiliser. Ça ne marche pas. D'une part, je ne suis pas fâché contre le système. Il y avait un risque, c'est sûr, j'en étais conscient et je trouvais ça problématique; j'y avais pensé quelques temps auparavant, je m'étais dit: « c'est bien ici, cette expérience, mais c'est une loterie, il ne faudrait pas tirer le mauvais numéro. » Je trouvais ça problématique, mais j'étais d'accord, j'aimais ça, j'étais content de faire l'expérience de mes limites, de tout ce que je pouvais faire ainsi à la limite, et je le faisais bien. D'autre part, j'étais impliqué. J'avais vu cette patiente la veille. Avais-je testé la nuque? Etc. Ils ne pouvaient pas m'aider. J'y étais allé parce que je ne savais pas quoi faire d'autre.

Le lendemain, j'étais très tendu, je tournais en rond, avec l'impression que ma vie était brisée, que je ne me remettrais jamais de ce drame. J'appelle la pédiatre. Je lui dis que je me demande si je ne devrais pas reprendre la garde du week-end immédiatement à venir. Si je ne retourne pas à l'hôpital tout de suite, j'ai peur de ne jamais plus pouvoir y travailler. Elle n'est pas de mon avis mais me propose qu'on se voie à Q... pour un café. J'y vais. Nous parlons. Elle défend la décision que nous avons prise. Je dis, c'était une méningite. Qu'est-ce que ça pourrait être d'autre? Qu'est-ce qui fait de la fièvre, des crises épileptiques, et qui tue en quelques heures? Quoi d'autre? Elle reste silencieuse. On aurait pu faire une prise de sang, on aurait vu l'infection bactérienne, on

aurait donné un antibiotique, elle serait vivante. Elle défend la décision. Elle est gentille cependant. Ça me soulage un peu de la voir, je me sens moins seul.

Lundi, je parle avec le pathologue qui a fait l'autopsie. Il me demande si nous avons fait une radiographie du thorax. Je réponds que non. Je demande pourquoi. Il me dit qu'elle avait une bronchite assez importante, qu'il pensait qu'elle devait avoir des symptômes respiratoires. Non, elle n'en avait pas. Ça, j'en suis sûr. Aucun signe de détresse respiratoire, aucune raison de faire une radiographie, j'en suis sûr. Je lui pose la question de la méningite. Il hésite, grommelle qu'il ne peut pas me donner cette information. Mais finalement il me dit que non, il n'y avait pas de méningite.

L'angoisse qui m'habite depuis quatre jours reflue. Je reparle à la pédiatre, qui est aussi, à l'évidence, soulagée de ce résultat. C'était quoi alors ? Elle me dit: un équivalent de mort subite du nourrisson. Soit. La fillette est tout de même morte, bien sûr. Mais pas d'une méningite, et pour moi ça faisait une différence énorme. Je suis allé à l'enterrement, qui avait lieu quelques jours plus tard, j'ai encore dû répondre aux questions d'un juge un peu énervé, et puis le chapitre s'est clos.

La médecine comme science appliquée et les limites du discours duel

Ce travail de thèse se veut une tentative d'éclaircissement de la nature du travail clinique. L'histoire de cette nuit à l'hôpital illustre, il me semble, le fait que la pratique médicale, le métier du médecin, les décisions prises, les actes entrepris sont pris dans l'épaisseur de la vie et des relations, des institutions, des connaissances, de l'histoire de la médecine, l'histoire des idées et l'histoire des hommes, de la géographie ou encore de la politique d'un lieu. Dans un hôpital universitaire, l'histoire aurait été autre. Avec une autre superviseuse aussi. Avec une autre infirmière aussi. Avec une autre maman aussi. Avec un autre document à remplir aux urgences aussi. Et l'on pourrait continuer cet inventaire. Ce que mon histoire illustre, c'est que la médecine est essentiellement une *pratique*. Elle met en jeu des connaissances hétérogènes, d'ordres très divers: sur les causes possibles des convulsions et de la fièvre, les conséquences des pathologies envisagées selon qu'on en confirme ou non le diagnostic, les possibilités d'intervention, la personnalité de mes collègues, les protocoles de prise en charge de cas similaires à celui de cette fillette, les caractéristiques qui la distinguaient ou non de cas similaires, le rôle des examens complémentaires, la façon dont on discute au téléphone avec un superviseur, ce qu'on pouvait ou non attendre d'une hospitalisation dans le service, etc. Ces registres de connaissance et d'action ne se laissent pas facilement diviser en quelque chose comme une théorie médicale d'une part, et une pratique d'autre part, qui en serait l'application plus ou moins impure, selon les exigences concrètes de la situation.

Mon histoire rappelle aussi cette évidence, que l'on oublie pourtant souvent: la médecine est une pratique de la souffrance et de la mort. Elle s'est développée sous cette puissante contrainte d'une confrontation permanente à la souffrance et à la mort. La façon dont j'ai appris à « présenter le cas » à la superviseuse, ou la feuille pré-remplie de cases à cocher quant aux diverses étapes de l'examen clinique, sont des façons d'aider le médecin à orienter son action dans ce champ marqué par le tragique. La pratique noue étroitement ce que l'on pourrait être tenté de diviser nettement, en une part objective indexée sur les exigences matérielles de la maladie, et une part moins claire qui relèverait des besoins des cliniciens ou de leurs environnements.

Dans la culture médicale, cependant, l'enseignement de la clinique est envisagé plus simplement. Son objet est d'abord de transmettre la maîtrise de l'anatomo-clinique, c'est-à-dire la connaissance du répertoire des signes et symptômes qui manifestent, à la surface du corps, le processus morbide qui se déroule à l'intérieur:

[...] à partir du moment où l'anatomie pathologique prescrit à la Clinique d'interroger le corps dans son épaisseur organique, et de faire affleurer à la surface ce qui n'était donné qu'en couches profondes, l'idée d'un artifice technique capable de surprendre la lésion redevient une idée scientifiquement fondée. [...] La percussion [...] devient nécessaire si le malade n'est guère autre chose qu'un cadavre injecté, tonneau à moitié plein.

Etablir ces signes, artificiels ou naturels, c'est jeter sur le corps vivant tout un réseau de repérages anatomo-pathologiques: dessiner en pointille l'autopsie future. Le problème est donc de faire affleurer à la surface ce qui s'étage en profondeur; la séméiologie [sera] cet ensemble de techniques qui permet de constituer une anatomie pathologique projective. (Foucault 1963, p.166)

Cette connaissance a une dimension pratique du côté des signes, c'est-à-dire de ce que le clinicien repère lui-même sur le corps du patient: percuter, comme l'évoque Michel Foucault, ausculter, palper, et même simplement inspecter (la morphologie, la peau, les muqueuses, etc.); tout cela s'apprend en théorie mais surtout sur le corps du malade lui-même, c'est là chose admise. Il y a donc bien une *pratique du corps* à acquérir, et l'avidité inquiète qu'elle suscite chez les étudiants, impatients d'acquérir la maîtrise des gestes et instruments de l'examen clinique, témoigne de son caractère fondateur de l'identité médicale. Plus largement, mais sans les définir comme parties prenantes de la clinique, la médecine assume ses dimensions pratiques en ménageant des stages durant les études, ainsi que dans l'exigence d'une longue formation « postgraduée » avant d'être reconnu comme clinicien à part entière. Cependant, cette « pratique clinique » est avant tout envisagée comme une « mise en pratique » des principes scientifiques acquis au cours des années « pré-cliniques ». La médecine se considère ainsi comme une *science appliquée*, et c'est l'*application* qui doit faire l'objet d'une formation propre.

La médecine comme science appliquée a fait l'objet de critiques, depuis plus d'un siècle, de la part de philosophes et de moralistes, de sociologues et d'historiens, de patients et de médecins, qui peuvent se formuler de manière générale comme un reproche de « déshumanisation » (Marcum 2008). Le regard scientifique sur l'homme, tel que la médecine prétend le mettre en œuvre en clinique, conduirait à le réduire à un « corps-objet », c'est-à-dire à effacer sa qualité de sujet humain, et donc le déshumaniser. Comme le dit par exemple Andras Zempléni (1982), la médecine occidentale se serait constituée « au prix de la négation de la singularité, sociale et individuelle, du malade ». Cependant, à l'exception de quelques rares auteurs radicaux comme Ivan Illich (1975), ceux qui regrettent cette déshumanisation sont prompts à reconnaître à la médecine scientifique son efficacité, ses « miracles ». Si la médecine moderne est miraculeusement efficace, où est le problème ?

Les arguments critiques s'inscrivent dans trois registres et s'appuient tous sur l'idée que les patients souffrent de cette « déshumanisation », l'expérience de ne pas vraiment être considéré comme un sujet, comme un être humain, mais comme un objet, un « morceau de viande », ainsi que l'expriment parfois les usagers de la médecine et leurs proches (Schaad et al., 2016). Le premier registre est *moral*: il serait moralement condamnable de traiter l'homme comme un objet, quelles que soient les circonstances. Cette idée peut renvoyer à l'impératif pratique de Kant, qui fait de l'humanité une fin et jamais un moyen. Aborder le patient comme un corps-objet

équivaldrait à l'envisager comme le moyen de l'action médicale, et à perdre de vue son humanité qui devrait toujours en constituer la finalité éthique.

Le second registre est *politique*: les patients demandent à être traités comme des sujets de droit, des citoyens; ils veulent un espace clinique démocratisé, émancipé du paternalisme, ils considèrent avoir le droit de l'être, et la médecine devrait répondre à cette demande. Il s'agit d'un discours qui s'inscrit dans les mouvements de contestation des formes traditionnelles d'autorité qui ont émergé depuis les années soixante du siècle dernier (Charlton 1998, Karazivan et al. 2015).

Enfin, le troisième registre est *instrumental*: seule « l'alliance thérapeutique » permet de convaincre le patient de suivre les recommandations de la médecine, qui reste inefficace si le patient s'en détourne. L'alliance ne se nouerait que si le patient se sent considéré comme sujet, et il faudrait donc veiller à ce que les professionnels abandonnent leurs attitudes déshumanisantes pour que la science puisse déployer tous ses effets. Contrairement aux deux précédents, ce registre est interne à la médecine, et il est le plus étroitement lié à la pratique médicale. Il s'agit notamment d'encourager les cliniciens à acquérir des « compétences communicationnelles », comme si le patient était issu d'une peuplade exotique, lointaine, nécessitant la mise en œuvre de ruses diplomatiques spécifiques (F. Stiefel et C. Bourquin 2016).

On perçoit ainsi que la pratique clinique est volontiers envisagée – par la médecine elle-même, mais aussi bien plus généralement et y compris par ses critiques – comme le résultat de l'addition d'une sorte de « périphérie humaniste » (qui peut manquer parfois) à un « cœur scientifique » (qui lui ne manquerait jamais), ce que les anthropologues médicaux Byron Good et Mary-Jo Del Vecchio-Good ont décrit comme un « discours duel », que cite un peu longuement en raison de l'importance de cette notion pour mon travail:

When we ask medical students during initial interviews to reflect on the meaning of being a good physician, two juxtaposed themes quickly emerge. These themes, condensed by two central symbols – « competence » and « caring » – are linked to a dual discourse characteristic of contemporary American medicine and contemporary medical students, regardless of curricula experiences. The reflections of a first year student are representative:

« I think they are two components, neither of which can be done without, that are equally important and make up a physician. One is a thorough understanding of a wide range of disease processes, symptoms, diagnoses – you simply cannot do without the basic science, the basic medicine background. It does no good to see a physician who can't make a diagnosis or can't elicit symptoms. So I think first of all is a fundamental understanding of medicine, the basic science. And the other

part of making a good physician is the ability to practice the art of medicine, to listen to a patient, to elicit information, which is important in making your diagnosis. But also to show genuine compassion, and understanding, that's an indispensable part of medicine. That's what makes us different from a biochemist or physiologist. We are able to... lay on hands. »

These themes, constantly salient, representing a cultural tension, develop through the education of the student. Physicians must be competent; they should also embody caring qualities. « Competence » is associated with the language of the basic sciences, with « value-free » facts and knowledge, skills, techniques, and « doing » or action [...] « Caring » for these students is expressed in the language of values, or relationships, attitudes, compassion, and empathy, the nontechnical or as one student called it the « personal » aspect of medicine. It is also conveyed in terms such as « the laying on of hands. » Competence is closely associated with the natural sciences, caring with the humanities. Competence is a quality of knowledge and skills, caring a quality of persons. (Good & Del Vecchio-Good 1993, p.91)

Cette description illustre bien le caractère flou de cette idée que je désignais comme « périphérie humanisante ». Il semble difficile de préciser de façon positive à quoi renvoie cette idée d'une « humanité » de la médecine. Elle apparaît presque toujours, précisément, plutôt en contraste, définie en creux contre le repoussoir d'une technoscience froide, indifférente à la souffrance d'autrui. « Je ne pourrais jamais faire médecine, moi », entend-on assez souvent lorsque, justement, on fait médecine: comme s'il fallait un cuir un peu épais, une certaine insensibilité à la souffrance, à la détresse, pour soigner. La médecine elle-même est très ambivalente face à ces questions: elle déplore depuis bientôt deux siècles de s'être laissée trop fasciner par les miracles techniques (Engel 1976), mais au jeune stagiaire on recommande de trouver la « bonne distance », qui est toujours un peu plus loin du patient, pour ne pas se laisser contaminer par la détresse, la souffrance, le désespoir, et risquer ainsi le « burn-out », et surtout l'erreur médicale que l'on attribue si volontiers à un excès d'émotions venues perturber le jugement. En Occident, c'est cette même crainte que l'on peut repérer dans le principe selon lequel un médecin ne devrait pas soigner ses « proches », parce que précisément la proximité serait dangereuse, pour le patient comme pour celui qui le soigne.

Vers une théorie de la pratique clinique ?

Du discours aux pratiques, il y a cependant un écart. Ce que la médecine *dit* de la pratique clinique n'est pas nécessairement ce qu'elle *fait*. Le lieu commun selon lequel la médecine serait « un art » – qui remonte en fait à Aristote (pour qui elle était une *technè*, *ars* en latin) – a peut-être vieilli au point qu'il est aujourd'hui suspect de n'être qu'une figure rhétorique visant à défendre les privilèges d'une corporation peu transparente. Néanmoins, on peut lui faire le crédit qu'elle

témoigne aussi d'une compréhension implicite du fait que la clinique mobilise autre chose qu'une simple capacité à *appliquer* les principes de la science, que la clinique mobilise et met en œuvre *aussi* quelque chose comme qui relèverait de l'expérience, de l'intuition, un talent, un don, du tact, etc. Quelque chose qui peut apparaître comme insaisissable, peut-être même suspect, parfois à la limite du charlatanisme, voire de l'escroquerie.

Le problème qui s'esquisse ici est celui de la *possibilité d'une théorie de la pratique clinique* qui puisse aller au-delà de ce que la médecine dit d'elle-même, et des critiques qui lui sont adressées. *Il s'agit de rendre compte de la pratique clinique sans la réduire à l'application concrète et locale de vérités abstraites et universelles, en respectant sa pertinence propre, en lui reconnaissant une rationalité, et peut-être une lisibilité, qui lui soient propres.*

Si l'enjeu qui m'intéresse est bien celui de la clinique, force est de reconnaître d'emblée qu'il déborde largement le champ de la médecine, et qu'il n'est bien sûr pas nouveau. Dans l'*Éthique à Nicomaque*, Aristote a, parmi les premiers, cherché à circonscrire la pratique comme domaine de la contingence et des vérités incertaines qu'il définissait comme irréductible à la *theoria*, l'univers des formes pures dont les vérités sont nécessaires. Dans sa dimension pratique, le monde requiert la prudence (*phronēsis*), une vertu à distinguer de l'intelligence (*nous*), la sagesse (*sophia*) et la science (*epistemē*). La *phronesis* se déploie dans des situations concrètes, qui ne permettent pas de déduire *nécessairement* l'action de prémisses données, lesquelles ne sont justement pas données, car c'est déjà faire preuve de prudence que de comprendre et définir la situation qui ne se donne jamais d'elle-même. Elle s'incarne dans la personne du *phronimos*; elle est une habitude (*hexis*) prise dans un ensemble normatif (*ethos*), mais elle ménage un espace à la délibération (*bouleusis*) et se manifeste dans capacité de saisir le moment opportun (*kairos*) (Aubenque 2009).

En philosophie d'abord, puis dans les sciences sociales, cet intérêt aristotélicien pour la pratique s'est renouvelé au 20^{ème} siècle, à la suite notamment des travaux de Heidegger, Wittgenstein et d'autres, au point qu'on a même parlé d'un *practice turn* (Nicolini 2012). De ce point de vue, l'effort principal de la philosophie et des sciences sociales, à partir de Marx et de Nietzsche, semble avoir pris les allures d'une critique du projet des Lumières de rendre raison des pratiques en les envisageant comme l'application d'une rationalité abstraite, idéale, cartésienne et peut-être platonicienne. Reste pourtant qu'il n'est pas simple de rendre compte des pratiques dans leur épaisseur. Tous les « théoriciens de la pratique » y insistent: la pratique ne se laisse pas facilement dire. Elle se joue dans les habitudes, l'implicite, l'intuitif, l'ajustement non-réfléchi, l'incorporation, les pratiques collectives ainsi de suite. Sans vouloir entrer dans les débats parfois tendus qui organisent ces questions au sein des sciences sociales, je m'autorise à adopter une attitude peut-être un peu naïve et à envisager la pratique de façon à la fois diachronique et synchronique, comme y invite, me semble-t-il, l'*Éthique à Nicomaque*. Aristote y situe en effet la pratique à la croisée de l'*ethos* (à comprendre ici comme style d'existence, ensemble

d'habitudes et de normes de conduite) et du *kairos* (le moment opportun, ce qui se présente dans l'instant). Ainsi, le praticien m'apparaît comme l'incarnation d'une pratique qui le précède, dont il hérite, qui le façonne comme *habitus*, pour reprendre le terme volontiers utilisé par Pierre Bourdieu (1997), à la suite notamment d'Edmund Husserl (1952). Une pratique relève ainsi d'une *tradition* (MacIntyre 1981), une *communauté de pratique* qui la maintient vivante et la développe, initiant ses nouveaux membres en leur permettant une « participation périphérique légitime » (Lave et Wenger 1991). Mais le praticien est par ailleurs une abstraction, qui ne s'actualise qu'en « activité »; la pratique est aussi à l'opposé d'une tradition réifiée, elle n'existe que dans l'instant où elle se réalise, en actes toujours nouveaux, propres à une situation spécifique, un bricolage permanent (Lévi-Strauss 1962) qui relève de l'invention plus que d'une répétition à l'identique indifférente au contexte: une ligne de pensée dans laquelle on pourrait inscrire les « théoriciens de l'activité » comme Vygotski et ses continuateurs, ou les interactionnistes de l'Ecole de Chicago (Clot et Béguin 2004, Nicolini 2012).

Ces tentatives de rendre compte des pratiques me semblent toutes présenter des difficultés spécifiques, mais je dois reconnaître que je sors ici des limites de ma discipline. Quoiqu'il en soit, elles me permettent d'esquisser un champ problématique qui n'a pas beaucoup inquiété les médecins jusqu'ici. La médecine, en effet, ne s'embarrasse guère des critiques que la philosophie et les sciences sociales pourraient adresser au positivisme assez simple qui lui sert aujourd'hui encore de référence. Comme j'ai cherché à le montrer, même si la formation médicale fait indéniablement une place à la pratique, la pratique du corps auprès des malades, et la pratique de l'hôpital lors des stages, la clinique reste surtout envisagée comme une science appliquée, une mise en œuvre de l'efficacité scientifique, éventuellement additionnée d'un effort pour limiter les effets « déshumanisants » de cette mise en œuvre.

De plus, depuis la fin du 20^{ème} siècle et le développement de l'Evidence-Based Medicine, la dimension proprement pratique de la médecine est devenu l'objet d'un projet d'assujettissement à une rationalité surtout statistique. Comme le constatait Alvan Feinstein, l'un des pères de l'épidémiologie clinique mais aussi critique tardif de ses développements, il ne reste plus grand chose qui revienne en propre à la clinique:

Having learned to apply the principles of nonclinical basic biomedical science for decisions that explained the mechanisms of disease, clinical investigators then looked for other basic principles to apply in managerial decisions. The principles were found in a different set of nonclinical sources – the concepts of biostatistics, public-health epidemiology, sociology, and economics. As the new set of concepts and the associated theoretical models became advocated as a basis for the managerial decisions of clinical care, a corresponding set of policies was developed for managerial research in clinical medicine. Support for the research became oriented toward the clinical application of randomized trials, Bayesian decisions, multivariate statistics, cost/benefit economic

analyses, sociometric indexes, and other “basic” ideas that would be transplanted from their nonclinical origins to their clinical applications.

With two different sets of nonclinical domains serving as basic sources for the applied research, clinical medicine seems to have lost any inherent intellectual content. In science, clinical medicine has become one of the few modern domains that apparently has no “basic” challenges of its own. For explanatory scientific decisions, clinicians are urged to apply models from such basic domains as molecular biology and biochemistry; for managerial scientific decisions, clinicians are urged to apply models from such basic domains as statistics and economics. All of the fundamental scholarly ideas come from elsewhere, and clinicians apparently have nothing important to contribute beyond their work of applying the basic ideas.

In creative scholarships, the intellectual location of clinical research has been strikingly displaced by the belief that clinical thinking is merely an application of other fundamental concepts. According to this belief, scholarly clinicians who want to investigate the challenges of patient care should not explore their own observations, perceptions, knowledge, and judgment as a source of creative scientific ideas. Unlike physicists, chemists, biologists, lawyers, engineers, statisticians, economists, and other scholars who are regularly urged to think for themselves and to examine their own activities as a source of basic theory for the work, clinical investigators are directed to search elsewhere and to forsake the idea of doing anything basic in clinical work itself. (Feinstein 1987, p.217)

Cet effort de rationalisation des pratiques a déployé sur le terrain des effets plus mitigés qu’on a souvent tendance à le penser. Certainement, l’exigence de pratiques « rationnelles » (au sens où elles obéiraient aux injonctions fondées sur la raison statistique) a crû dans les institutions et constitue aujourd’hui une sorte de « régime de pouvoir », un « dispositif », en adoptant la terminologique de Michel Foucault (1994). D’autre part, à y regarder de plus près, comme le font les sociologues et anthropologues de la médecine, on voit bien que, *sur le terrain*, les pratiques sont restées des pratiques, et le dispositif de leur rationalisation, s’il impose un discours et implique bien de nouveaux rapports de pouvoir dans les institutions qui composent la médecine, ne commande pas intégralement les conduites des praticiens.

C’est précisément en raison du déploiement de ces nouveaux dispositifs qui cherchent à soumettre les pratiques à la logique du protocole et de l’algorithme que je crois qu’il y a aujourd’hui un intérêt à expliciter, dans la mesure du possible, la pratique clinique en tant qu’elle est une *praxis*¹ au sens aristotélicien. C’est l’objet de mon travail de thèse: *contribuer à éclairer quelques aspects de cette pratique clinique que les dispositifs contemporains laissent dans l’ombre, ou renvoient à une supposée irrationalité des « habitudes » et des « biais »*. « Eclairer », c’est ici à la fois mettre

¹ Je laisse de côté la question parfois débattue de savoir si la médecine relève de la *technē* ou de la *phronēsis*, qui nous entraînerait un peu loin (voir par exemple Waring 2000, Hofmann 2002).

en lumière et tenter d'expliciter ces enjeux difficiles à percevoir et à nommer. Par souci de clarté, je précise encore que *j'assume ici une position qui n'est pas neutre*: clinicien moi-même, je pense que les cliniciens doivent tenter de défendre les exigences de leur pratique, et mon travail vise aussi à leur fournir des arguments, des armes théoriques et rhétoriques.

Un projet d'éclaircissement

Mon objectif est ainsi de contribuer à éclairer la pratique clinique, c'est-à-dire d'en proposer une description, ou plutôt une série de descriptions – tant il est vrai que la pratique se montre mieux qu'elle ne s'explique – et d'en dégager certains déterminants. Pour ce faire, je m'appuie sur mon expérience de clinicien, les travaux des nombreux auteurs rencontrés en cours de route, et une démarche empirique menée auprès de cliniciens et de patients lors d'un séjour à Montréal. Le travail articule une série d'articles qui varient quant aux objets abordés et aux méthodes adoptées, mais dont l'unité est, je crois, perceptible. Je les présente partant du plus large et en resserrant progressivement la focale sur l'expérience vécue de la clinique par les cliniciens.

Dans « Trois aspects de l'éthos médical » [1]², je discute trois valeurs fondamentales de la culture et de l'identité médicales: l'orientation pragmatique, l'alliance avec la rationalité scientifique et l'individualisme clinique. Il s'agit là d'une approche qui s'inspire de l'anthropologie et qui situe la pratique clinique dans un univers de valeurs. Ces dimensions normatives de l'éthos médical y sont considérées comme l'héritage de moments-clés de l'histoire de la profession, façonnant aujourd'hui encore les pratiques et les identités. Je montre qu'elles entrent en tension avec certaines évolutions récentes de la médecine et de ses contextes: la complexité croissante des modèles biologiques, qui met à mal la posture pragmatique; l'importance croissante du partage de la décision et d'une relation de partenariat avec le patient, qui remet en question le primat de la raison scientifique; enfin, les appels au travail en équipes interprofessionnelles, qui impliquent aussi une critique d'une clinique incarnée dans l'individualité du clinicien.

Dans « Pluralités des corps: les corps de la médecine » [2], j'aborde la question de la pratique clinique en tant qu'elle s'inscrit au carrefour de régimes épistémologiques différents, mobilisant chacun un discours scientifique spécifique portant sur la nature du corps humain et des maladies. Je repère ainsi les séries suivantes: (1) corps anatomo-clinique, en référence au cadavre de la salle de dissection, dont les maladies sont des lésions observables, qui appellent le « coup d'œil » du clinicien; (2) corps physiopathologique, en référence à l'animal de laboratoire, dont les maladies sont des altérations fonctionnelles, qui appellent le raisonnement de l'interniste; (3) corps épidémiologique, en référence à des collectifs de corps jugés similaires, dont les maladies sont des entités abstraites, qui appellent l'analyse du statisticien; (4) corps cybernétique, en référence aux modèles hypercomplexes de la médecine « personnalisée », dont les maladies sont des

² Les chiffres entre crochets renvoient aux annexes qui réunissent l'ensemble des textes composant la thèse.

configurations à chaque fois uniques, qui appellent l'intervention d'une intelligence artificielle. Je montre que la question de la compatibilité de ces régimes épistémologiques est loin d'être assurée, comme le suggère la représentation d'une médecine solidement fondée sur une pensée scientifique parfaitement cohérente. Dans les faits, la pratique clinique se voit ainsi contrainte d'articuler des niveaux logiques souvent hétérogènes. Là aussi, je discute la façon dont ces régimes façonnent des pratiques, mais aussi des identités: le bon clinicien de l'anatomopathologie n'est pas nécessairement le bon clinicien de l'Evidence-Based Medicine, et ils peuvent même parfois s'opposer l'un à l'autre.

Ces deux premiers articles cherchent donc à mettre en lumière le contexte large dans lequel évolue le clinicien: le poids de l'histoire, la force des valeurs qui structurent la médecine, l'univers de savoirs hétérogènes qui l'organisent. Poursuivant cet effort, je propose une première étude de cas, « Transparence, transfert et patient partenaire » [3], qui s'intéresse aux implications cliniques et aux problèmes posés par la notion, très nouvelle, de « patient partenaire ». Le partenariat avec le patient est présenté comme une nouvelle étape permettant, au-delà d'une approche « centrée sur le patient », d'intégrer le patient comme « membre à part entière de l'équipe de soin ». En m'appuyant sur des concepts issus de la psychanalyse (transfert, narcissisme, régression, dépendance et demande), j'analyse les discours liés à l'émergence de cette forme de partenariat en montrant, d'une part, comment ils tentent de résoudre une ambivalence douloureuse entre la demande d'une aide et l'aspiration à une restauration de soi, et d'autre part, que le risque d'une telle évolution – légitime à bien des égards – est de contribuer, chez le clinicien, à un mouvement de dégageant de la situation clinique. Ce dégageant est déjà bien engagé, si j'ose dire, par le développement croissant d'une clinique envisagée comme l'application de procédures systématiques et explicites. Or, comme je tente de le montrer dans les deux derniers articles présentés ici, il me semble que le cœur de la pratique clinique consiste précisément en un *engagement dans la situation* que le patient éprouve comme *sollicitude*. Il s'agit donc d'intégrer cette revendication de partenariat, mais sans se dérober à la responsabilité clinique – ici saisie comme celle d'assumer la fonction d'objet du transfert, à même de supporter chez le patient une part de régression et de dépendance, et de répondre à la demande qui lui est adressée.

« George Engel's epistemology of clinical practice » [4] est consacré à George Engel, un psychiatre initialement formé à la recherche physiopathologique et à la médecine interne qui a marqué l'histoire médicale récente. En s'appuyant sur la théorie générale des systèmes, il a développé une critique que l'on peut qualifier d'épistémologique de ce qu'il appelait le modèle « biomédical », qu'il a proposé de remplacer par un modèle « biopsychosocial ». L'article défend l'idée que la critique épistémologique d'Engel portait spécifiquement sur le travail clinique. Elle peut se formuler très simplement: si l'objet de la science biomédicale est le corps, l'objet du clinicien est toujours d'abord le patient, et le paradigme permettant de rendre compte du premier ne peut pas fonctionner pour le second. Il faut cependant reconnaître que la théorie générale des systèmes fonctionne mal comme paradigme pour la clinique, sans doute parce que son niveau de

complexité est tel qu'on voit mal comment elle pourrait orienter des pratiques. En effet, si la théorie générale des systèmes ménage, en principe, de quoi rendre compte du patient dans toute la complexité de ses inscriptions multiples, et même dans ses possibilités d'agir, elle n'indique guère comment il faudrait le faire. En d'autres termes, Engel dit mieux ce que la clinique n'est pas que ce qu'elle est, ce qui est bien un problème récurrent lorsque l'on cherche à saisir une pratique.

Le modèle d'Engel me semble poser un second problème, qui n'est pas discuté dans l'article, et sur lequel je ne ferai qu'un bref commentaire. La médecine « biopsychosociale » et ses cercles concentriques ont beaucoup contribué à l'idée d'un soin qui devrait être « global » ou « holistique » – souvent désigné comme « whole person care » dans la littérature anglo-saxonne (voir par exemple Thomas et al. 2018) – qui me paraît très problématique. D'abord, parce qu'il y a quelque chose d'un peu terrifiant dans ce projet d'une prise en charge médicale totale, qui me semble renvoyer très directement à ce que Michel Foucault (2004) appelait le « biopouvoir ». Mais surtout, l'idée de soin « global » est cliniquement problématique. En pratique, selon la situation, certains aspects sont pertinents, et pas d'autres. C'est justement ce en quoi doit consister la clinique: cette capacité à repérer ce qui importe, à configurer la situation d'une façon qui permette l'action pertinente. Une fracture du fémur, selon l'âge, invite à s'inquiéter d'une ostéoporose, peut-être d'un sarcome, ou d'une métastase. Ou d'une ostéomyélite, surtout si le patient concerné s'injecte des toxiques. Mais si elle fait suite à une défénestration, il faudra évidemment investiguer une éventuelle psychopathologie, ce qui impliquera d'explorer davantage la situation de vie actuelle et peut-être passée. Et si les lésions sont multiples et suggestives de violences physiques, peut-être que la relation conjugale prendra soudainement une grande importance. Et si la fracture nécessite une hospitalisation, l'existence d'un animal de compagnie dont quelqu'un doit pouvoir s'occuper pourrait devenir un très grand problème. Il paraît cependant presque ridicule, sur cette base, de proposer un repérage systématique de tous ces aspects et de tant d'autres, au nom d'une approche « globale ». Une telle clinique me semble ainsi de nature à tout aplatir d'une façon à la fois absurde et impraticable, et sans doute assez éloignée de ce que les patients attendent de la médecine: non pas des soins « globaux », mais des soins adaptés à leurs problèmes de santé et à leur situation concrète.

Une autre limite du modèle d'Engel, soulignée dans l'article, est sa géométrie concentrique autour du patient. Les niveaux emboîtés les uns dans les autres ne laissent, d'une part, que peu de place aux conflits, tensions, contradictions éventuelles ; d'autre part, en insistant sur la « biopsychosocialité » du patient, le modèle d'Engel court le risque de négliger celle du clinicien, lui aussi pourtant engagé dans une situation concrète, en contexte. C'est précisément ce que j'ai voulu explorer de façon empirique, en adoptant une approche phénoménologique de la clinique comme expérience vécue [5]. Ainsi, après avoir considéré la pratique d'assez loin, en examinant ses conditions anthropologiques et épistémologiques, je tente dans « Engagement and practical wisdom in clinical practice: A phenomenological study » de m'approcher au plus près de

l'expérience clinique elle-même. Pour ce faire, j'ai travaillé avec onze médecins de la Faculté de Médecine de l'Université McGill à Montréal, de spécialités variées, expérimentés, reconnus par leurs pairs comme d'excellents cliniciens. L'approche s'est centrée sur l'exploration approfondie d'une ou deux situations cliniques rencontrées dans leur travail, dont j'ai cherché à comprendre les enjeux et la façon dont ces collègues les avaient appréhendées. Il y a certainement des avantages comme des inconvénients à partager avec mes « sujets de recherche » la qualité de clinicien. Ma position de chercheur invité venu de loin, externe à leur institution, a cependant instauré au début des entretiens une distance qui leur a permis de se confier assez librement. D'autre part, j'étais en mesure de suivre leur raisonnement, mais aussi de les relancer pour saisir les situations rapportées dans le détail. Au terme des entretiens, j'ai pu percevoir que j'avais changé de statut à leurs yeux, et qu'ils me reconnaissaient désormais comme un collègue. Je dois dire aussi que j'ai été surpris de ce que ces médecins ont accepté de partager avec moi, des histoires dont ils ne ressortaient pas toujours à leur avantage.

L'analyse du matériel récolté a représenté un travail considérable d'interprétation qui m'a conduit à proposer que le cœur de la pratique clinique peut se saisir comme *engagement-dans-la-situation-clinique*, une proposition qui s'appuie sur la notion de « situation » développée par Jean-Paul Sartre (1943). La situation inclut le patient bien sûr, mais aussi le clinicien lui-même, dans son contexte immédiat (les collègues médecins ou non-médecins, les appareils, le téléphone, la famille du patient, la famille du clinicien, l'heure du jour, le jour de la semaine, etc.), mais aussi dans son contexte plus large, impliquant des enjeux organisationnels et politiques (les procédures à suivre, les rivalités entre spécialités, les obstacles à surmonter pour obtenir une admission, les questions de financement, etc.), la confrontation à la détresse et à la mort, ou les dimensions plus classiquement épistémologiques ou morales évoquées plus haut. Pour Sartre, il n'est pas de situation qui se donne d'emblée comme situation, sans sujet engagé; c'est ainsi par son engagement que le clinicien configure la situation, qui ne lui préexiste pas. La pratique clinique peut ainsi être comprise comme une façon de s'engager, que nous décrivons plus précisément dans l'article comme caractérisée par cinq aspects émergeant des entretiens: faire un travail honnête (*doing an honest job*), transgresser les limites (*trespassing boundaries*), créer la bulle magique (*creating the magic bubble*), responsabilité personnelle (*personal responsibility*), pré-disposition à l'engagement clinique (*readiness*).

Je complète ce travail sur une phénoménologie de la clinique comme expérience vécue du clinicien par deux petites études de cas [6,7]. « Kairos et après-coup: Des vertus du malentendu » est fondé en bonne part sur l'un des onze entretiens conduits à McGill, avec un chirurgien pédiatrique. J'y défends l'idée que la temporalité peut aussi être envisagée comme un matériau pratique, alors que la philosophie phénoménologique a tendance à l'aborder surtout comme une condition de possibilité ou un existentiel (au sens de Heidegger) structurant l'expérience vécue. Cela me permet de développer l'idée selon laquelle la pratique clinique ne relève pas nécessairement de l'aisance, de l'adaptation fluide et parfaite aux situations, mais plutôt du

bricolage, de la reprise, de l'écart, de l'essai, de l'erreur partiellement corrigée. Le second texte, « Normal et pathologique en clinique », propose une réflexion sur la question du normal et du pathologique en clinique à partir de mon expérience d'étudiant en médecine et de clinicien. J'y développe l'hypothèse selon laquelle la question du « normal » se pose pratiquement assez peu au clinicien, qui envisage plutôt le pathologique comme un problème en soi sans nécessairement le rapporter à une dialectique avec la normalité. Cette idée rejoint la proposition de George Canguilhem (1966) d'appréhender le pathologique comme un régime normatif en soi plutôt que comme déviation d'une norme de santé. La tension entre normal et pathologique se joue sur un terrain anthropologique et politique qui me paraît déborder largement la médecine, même si celle-ci a certainement contribué à le structurer, un terrain qui convoque, sur la scène d'une enquête ou d'une lutte pour la reconnaissance, les figures du malade imaginaire, trop inquiet ou trop douillet, du paresseux, ou encore du simulateur.

Le dernier article, « An empirical and philosophical exploration of clinical practice » [8], aborde le clinicien au travail à partir de l'expérience des patients. J'ai ainsi interrogé huit « patients-partenaires », qui m'ont raconté leurs trajectoires dans le système de soins québécois, en s'arrêtant plus en détail sur quelques situations spécifiques. L'analyse s'est là aussi inspirée de la phénoménologie, mais en débutant par un travail sur les récits permettant de dégager trois temps structurant le matériel: le *choc* de la maladie, le *chaos* de l'environnement de soin, et le *point d'ancrage* offert par certains médecins. J'y rapproche l'expérience du clinicien comme point d'ancrage de la notion de *sollicitude* chez Martin Heidegger. Dans *Être et Temps* (1927), Heidegger contraste la façon dont le Dasein, l'être humain, approche les étants « sous la main », les choses, et la façon dont il aborde les autres Dasein. Dans le premier cas, le rapport est marqué par la *préoccupation*; dans le second, c'est de sollicitude qu'il s'agit. Selon Heidegger, la sollicitude se présente, le plus souvent, sous une forme « déficiente », comme désaveu de l'existence d'autrui comme Dasein, renvoyé à l'anonymat de la foule indistincte, le « on ». Même lorsque l'autre est approché comme Dasein, avec sollicitude, celle-ci peut empiéter, cherchant à soulager autrui du souci qui le fonde comme Dasein. Pour Heidegger, la sollicitude authentique se caractérise par une capacité à laisser l'autre exister, en prenant la pleine mesure du souci qui lui revient. Je propose de comprendre l'expérience du point d'ancrage comme celle de la sollicitude authentique du clinicien. Je montre que celle-ci ne vient pas s'ajouter à un soin technique quelconque: elle est bien plutôt ce qui éveille le clinicien aux enjeux de la situation, et ainsi la condition d'une action juste. La sollicitude authentique du clinicien n'est donc à situer à côté du soin technique, qu'elle traverse plutôt de part en part. C'est pour cette raison le patient cherche à s'assurer de la sollicitude du clinicien et qu'il redoute de la perdre, au risque de se voir livré aux mains d'un médecin négligent, capricieux, nonchalant, et finalement tout simplement dangereux. La sollicitude est ainsi indissociable de l'engagement: ce que le clinicien éprouve comme engagement, le patient le vit comme sollicitude. Au terme de l'article, j'esquisse une topologie: le clinicien, au centre, fronce la situation autour du patient, qui constitue la visée ou l'horizon de l'engagement.

Conclure

Saisir la pratique médicale: c'était là un projet ambitieux, aux contours un peu flous, à l'objet un peu fuyant, aux approches un peu incertaines. J'ai mené ce projet en travaillant sur des écrits, d'abord issus surtout de travaux socio-anthropologiques sur la médecine, les médecins, les études de médecine; puis en me tournant toujours davantage vers la philosophie. Je l'ai aussi mené en faisant l'effort d'un travail empirique, auprès de collègues cliniciens et de patients. Cela m'a permis de m'approprier des outils propres aux sciences sociales, mais aussi d'orienter mes lectures, qui sont venues, en retour, éclairer le matériel récolté. Enfin, j'ai mené ce travail à partir de ma propre expérience, d'étudiant en médecine et de clinicien.

Je ne prétends proposer un modèle stabilisé de ce que serait la pratique clinique. Je crois avoir mis en lumière combien elle est prise dans une réalité complexe, traversée de forces hétérogènes, que j'aurai en partie clarifiées, et j'aurai essayé de la décrire au plus près de l'expérience vécue. Envisager la pratique clinique comme science appliquée, fut-elle additionnée d'une ou l'autre forme d' « humanité », c'est manquer son objet. C'est aussi manquer une opportunité de défendre la place de la clinique et du clinicien dans un système de santé qui semble toujours plus décidé à s'en débarrasser. Mais je crois que l'enjeu est ailleurs: la médecine est encore très loin de pouvoir se passer des médecins pour soigner les patients qui s'adressent à elle. Se débarrasser de la clinique, ici, c'est surtout se débarrasser du patient, et réduire la médecine à une entreprise visant la production de « prestations », entreprise dont les articulations sont alors des charges, des recettes, des coûts d'amortissements, le cœur battant l'efficacité, et l'horizon une productivité toujours croissante – une entreprise aux rouages bien huilés dont le ronronnement rendra un son décidément creux. Un son creux bien loin de la réalité de la clinique vécue, polyphonie parfois douloureuse dont le récit qui ouvre ce mémoire a cherché à témoigner.

Références

- Aubenque, P. (2009). *La prudence chez Aristote*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Bourdieu, P. (1997). *Méditations pascaliennes*. Paris, Seuil.
- Canguilhem G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Clot Y., Béguin P. (2004). L'action située dans le développement de l'activité. *Activités [En ligne]*, 1-2.
- Charlton, J. (1998) *Nothing about us without us. Disability oppression and empowerment*. Oakland, University of California Press.
- Engel, G.L. (1976). Too little science: The paradox of modern medicine's crisis. *The Pharos* 39: 127-131.
- Feinstein, A. R. (1987). The intellectual crisis in clinical science: Medaled models and muddled mettle. *Perspect Biol Med* 30: 215-230.
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique*, Presses universitaires de France, 6^{ème} édition (2000).
- Foucault, M. (1994). *Dits et écrits II. 1976-1979*. Paris, Gallimard.
- Foucault, M. (2004). *Naissance de la biopolitique. Cours au collège de France 1978-1979*. Paris: Gallimard-Seuil.
- Good, B., M.-J. DelVeccio Good (1993). "Learning Medicine": The constructing of medical knowledge at Harvard Medical School. In: *Knowledge, power and practice: The anthropology of medicine and everyday life*. S. Lindenbaum and M. M. Lock. Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press: 81-107.
- Heidegger, M. (1927). *Sein und Zeit*. Halle, Max Niemeyer.
- Hofmann, B. (2002). Medicine as practical wisdom (phronesis). *Poiesis Prax* 1: 135–149.
- Husserl, E. (1952). *Ideen zu einer reinen Phänomenologie ou phänomenologischen Philosophie*. La Haie, Martinus Nijhoff.
- Illich, I. (1975). *Némésis médicale: L'expropriation de la santé*. Paris, Seuil.
- Karazivan, P., V. Dumez, L. Flora, M.P. Pomey, C. Del Grande, D.P. Ghadiri, N. Fernandez, E. Jouet, O. Las Vergnas, P. Lebel. (2015). The patient-as-partner approach in health care: A conceptual framework for a necessary transition. *Acad Med* 90: 437-441.
- Lave, J., E. Wenger (1991). *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Lévi-Strauss, C. (1962). *La pensée sauvage*. Paris, Plon.

- MacIntyre, A. (1981). *After virtue: A study in moral theory*. Notre Dame, Notre Dame University Press.
- Marcum, J. A. (2008). *An introductory philosophy of medicine: Humanizing modern medicine*, Springer.
- Nicolini, D. (2012). *Practice theory, work, and organization: An introduction*. Oxford, Oxford University Press.
- Saraga, M., R. Marion-Veyron, F. Stiefel, C. Bourquin. (2016). Trois aspects de l'ethos médical. *Rev Med Suisse* 10: 296-298.
- Sartre, J.-P. (1943). *L'être et le néant. Essai d'ontologie phénoménologique*. Paris, Gallimard
- Schaad, B., C. Bourquin, F. Bornet, T. Currat, M. Saraga, F. Pamese, F. Stiefel. (2015). Dissatisfaction of hospital patients, their relatives, and friends: Analysis of accounts collected in a complaints center. *Patient Educ Couns* 98:771-776.
- Stiefel, F., C. Bourquin. (2016). Communication in oncology: Now we train - but how well? *Ann Oncol* 27: 1660-1663.
- Thomas, H., G. Mitchell, J. Rich, M. Best. (2018). Definition of whole person care in general practice in the English language literature: A systematic review. *BMJ Open* 14: e023758.
- Waring, D. (2000). Why the Practice of Medicine is Not a Phronetic Activity. *Theor Med Bioeth* 21: 139-151.
- Zempléni A. (1982). Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique. *Arch Sc soc des Rel* 54: 5-19.

Annexes, avec leur statut éditorial

[1] Saraga, M., R. Marion-Veyron, F. Stiefel, C. Bourquin. (2016). Trois aspects de l'éthos médical. *Rev Med Suisse* 10: 296-298.

[2] Saraga, M., C. Bourquin, H. Wykretowicz, F. Stiefel. (2015). Pluralité des corps. 1. Les corps de la médecine. *Rev Med Suisse* 11: 385-358.

[3] Saraga M. (2018) Transparence, transfert et patient partenaire. *Psycho-Oncol* 12: 24-28.

[4] Saraga, M., A. Fuks, J.D. Boudreau. (2014; publié en 2015). George Engel's epistemology of clinical practice. *Perspect Biol Med*. 57: 482-494.

[5] Saraga, M., D. Boudreau, A. Fuks. (2019) Engagement and practical wisdom in clinical practice: A phenomenological study. *Med Health Care Philos* 22: 41-52.

[6] Saraga, M. Kairos et après-coup: Des vertus du malentendu. Paris, Le Cercle Herémeneutique. Accepté pour publication.

[7] Saraga, M. Normal et pathologique en clinique. Paris, Editions Matériologiques. Soumis pour publication.

[8] Saraga, M., D. Boudreau, A. Fuks. (2019). An empirical and philosophical exploration of clinical practice. *Philos Ethics Humanit Med* 14.