



Pluralité des corps

1. Les corps de la médecine

Rev Med Suisse 2015; 11: 385-8

M. Saraga
C. Bourquin
H. Wykretowicz
F. Stiefel

Multifaceted body

1. The bodies of medicine

The human body is the object upon which medicine is acting, but also lived reality, image, symbol, representation and the object of elaboration and theory. All these elements which constitute the body influence the way medicine is treating it. In this series of three articles, we address the human body from various perspectives: medical (1), phenomenological (2), psychosomatic and socio-anthropological (3). This first article discusses four distinct types of representation of the body within medicine, each related to a specific epistemology and shaping a distinct kind of clinical legitimacy: the body-object of anatomy, the body-machine of physiology, the cybernetic body of biology, the statistical body of epidemiology.

Le corps humain est l'objet privilégié d'action de la médecine, mais aussi réalité vécue, image, symbole, représentation et l'objet d'interprétation et de théorisation. Tous ces éléments constitutifs du corps influencent la façon dont la médecine le traite. Dans cette série de trois articles, nous abordons le corps sous différentes perspectives: médicale (1), phénoménologique (2), psychosomatique et socio-anthropologique (3). Ce premier article traite des représentations du corps en médecine, dont nous décrivons quatre types distincts, qui renvoient à autant de démarches scientifiques spécifiques et de formes de légitimité clinique: le corps-objet de l'anatomie, le corps-machine de la physiologie, le corps cybernétique de la biologie et le corps statistique de l'épidémiologie.

INTRODUCTION

Le corps humain n'est pas l'objet exclusif de la médecine, mais il est bien le centre de son intérêt, le terrain électif de son savoir, de son pouvoir, et la source de sa légitimité. On peut considérer que les études de médecine reviennent, pour l'essentiel, à l'explorer en détail, du corps de l'anatomie, dont les mécanismes sont révélés par la physiologie, jusqu'au musée des lésions et des dysfonctionnements possibles que l'étudiant s'approprie progressivement. L'importance de cette maîtrise savante du corps joue peut-être un rôle dans les difficultés que posent à la médecine les affections «fonctionnelles», qui ont tendance à remettre en question sa légitimité parce qu'elles échappent à cette maîtrise. De ce point de vue, elles posent des difficultés plus importantes que la maladie incurable, car la maîtrise dont il s'agit relève d'un savoir et non d'un contrôle sur l'issue – ce qui explique peut-être, pour une part, l'irritation et le sentiment d'impuissance que provoquent souvent ces symptômes orphelins d'une cause.

Sans prétendre à l'exhaustivité, nous proposons quatre manières d'envisager le corps en médecine, qui impliquent autant de rapports savants spécifiques: le corps-objet visé par *le regard*, le corps-machine de *l'expérimentation* et de *la mesure*, le corps cybernétique renvoyant à *une lecture*, et le corps statistique des *calculs abstraits*. Ces rapports impliquent chacun des formes de scientificité et de légitimité spécifiques qui orientent la clinique.

LE CORPS-OBJET ET LE COUP D'ŒIL

La médecine occidentale se donne des racines grecques mais situe plus volontiers la naissance de sa modernité au cours du 19^e siècle parisien. La rupture épistémologique qu'aurait constituée le développement du modèle anatomo-clinique par Bichat, Louis et leurs collègues a été discutée par Michel Foucault.¹ Son analyse rend compte du processus de cette rupture dans toute sa complexité. Ici, nous mentionnons seulement les points de départ et d'arrivée que dégage Foucault.

Le départ, c'est ce que Foucault appelle la «médecine classificatrice» (op.cit., p. 2), qui procède en imitant les naturalistes des siècles précédents: les nosolo-



gies ressemblent aux herbiers des botanistes, rangeant les maladies en familles, genres et espèces selon un principe hiérarchique. Il s'agit de «reconnaître dans la variété des apparences l'essence spécifique» (p. 120). La localisation dans l'organisme est un «problème subalterne» (p. 3), la maladie n'est pas encore «prise dans l'épaisseur du corps» (p. 2). La mise en place de systèmes organisant le désordre apparent des maladies est une pratique ancienne en médecine, mais aussi une expression du rationalisme plus récent des Lumières: la nature étant raisonnablement organisée, il doit être possible d'en révéler la structure sous-jacente. Au 18^e siècle, la nosologie est la grande affaire. «Système» et «théorie» (p. 107) viennent organiser l'observation clinique, et non l'inverse: «depuis Sydenham et jusqu'à Pinel, la maladie prenait source et visage dans une structure générale de rationalité où il était question de la nature et de l'ordre des choses» (p. 156).

Selon Foucault, le rapport du savoir au regard s'inverse avec Bichat, qui «ouvre quelques cadavres» (p. 125). Comme la pathologie met au jour les lésions auxquelles seront désormais assimilées les maladies, la théorie doit désormais «se taire au lit du malade» (p. 107). Tout est affaire de regard, d'*observation*, pour le clinicien-pathologue. La clinique est ainsi une *anatomie pathologique projective*: «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 [...] la percussion [...] devient nécessaire si le malade [est un] tonneau à moitié plein. Etablir ces signes, artificiels ou naturels, c'est jeter sur le corps vivant tout un réseau de repères anatomo-pathologiques: dessiner en pointillé l'autopsie future» (p. 166). Le corps disséqué par le pathologue et le corps examiné par le clinicien sont, d'un point de vue épistémologique, du même registre. La différence tient aux limites auxquelles est confronté le clinicien, qui doit faire affleurer à la surface la vérité de la lésion profonde, inaccessible aussi longtemps que le patient est vivant. La science anatomo-clinique est celle de l'observation, laquelle se veut pragmatique, méfiante des grands systèmes et principes théoriques.

La théorie n'est pas seule à devoir se taire au lit du malade: le malade fait bien lui aussi de ne pas perturber le rapport que le clinicien établit avec son corps, vivant aujourd'hui, mort demain. La maîtrise de ce qu'on pourrait qualifier de corps-monde, cette géographie que tout étudiant en médecine parcourt, en esprit et au fil du scalpel en salle de dissection, ce corps à la fois vivant et mort, est certainement un élément essentiel de la légitimité du médecin. Elle a aussi une dimension initiatique évidente: ce n'est pas rien que d'ouvrir «quelques cadavres» en salle de dissection, ou quelques patients au bloc opératoire.

LE CORPS-MACHINE: MESURER, DÉDUIRE

La physiologie fait émerger un nouveau corps pour la médecine: le corps figé par l'observation que partageaient pathologue et clinicien devient un corps animé, dynamique, structuré par des mécanismes que la physiologie se charge d'élucider progressivement. Il y a bien des lois propres au vivant (la conservation du «milieu intérieur»²), mais elles

n'impliquent aucun régime d'explication vitaliste.³ Leurs effets sont mesurables suivant les principes de la chimie et de la physique, auxquels sont soumis les corps vivants comme toute autre chose matérielle. La maladie ne s'envisage plus comme une lésion à découvrir mais comme un déséquilibre à mesurer, et à corriger peut-être.

Si le corps anatomique est resté, sans doute, celui du chirurgien, dont les attributs sont le regard et la main, ce corps physiologique est plutôt celui de l'interniste, qui appareille et raisonne: la légitimité clinique procède de la rigueur du raisonnement. D'un point de vue épistémologique, ce corps n'est plus du registre du cadavre, mais plutôt de celui de l'animal de laboratoire.

Corps anatomique et corps physiologique organisent le champ médical pendant la majeure part du 20^e siècle. Ils sont complémentaires: l'anatomie (avec l'histologie et la biologie qui sont ses prolongements microscopiques) et la physiologie (avec la chimie et la physique sur lesquelles elle s'appuie) sont les «sciences de base» que l'étudiant doit maîtriser avant de découvrir la clinique. La médecine est ainsi scientifique pour autant qu'elle s'appuie sur ces sciences.

LE CORPS CYBERNÉTIQUE: LA VIE EST UN LANGAGE

Depuis une cinquantaine d'années, la biologie paraît s'approprier un champ qui lui est propre, émancipé pour une part de la tutelle de la chimie et de la physique. Ce champ se caractérise par l'accent mis sur la transmission d'informations et les mécanismes de (rétro-)contrôle, ce qu'on pourrait appeler un vivant cybernétique, soumis à une logique du code.⁴⁻⁶ La double hélice de l'ADN est un code, traduit en ARN, en protéines, en structures diverses. Le fœtus se développe en suivant les étapes d'un programme. Le système immunitaire est un dispositif de lecture. Les hormones envoient des signaux. Les neurones stockent et transmettent des informations. L'individu vivant est pris dans un écosystème avec lequel il est en situation d'échange.

Là où la physiologie découvrait des lois, la biologie voit partout le mouvement, la fluidité, la transformation, la plasticité, l'évolution. Comment la médecine peut-elle instaurer un rapport de savoir et de maîtrise avec ce corps si complexe, si bavard? On parle beaucoup d'une «médecine personnalisée» en devenir, une médecine qui renoncerait à s'orienter sur des principes valables pour l'ensemble des corps humains, pour adapter chaque intervention aux spécificités d'un corps donné,⁷ mais il n'est pas sûr qu'elle tienne ses promesses. Elle sera peut-être à l'origine d'une nouvelle forme de légitimité clinique ou scientifique, dans laquelle la modélisation informatique pourrait jouer un rôle majeur (le *Human Brain Project* en serait éventuellement une illustration).⁸

LE CORPS STATISTIQUE: CALCULER LA CLINIQUE

Tout au contraire de la matérialité du corps de l'anatomiste, de la nécessité des lois du physiologiste, et de la



complexité toujours unique du vivant biologique, le corps de l'épidémiologie est abstrait et non matériel, probable et non nécessaire, exemplaire d'une série d'individus dont la complexité peut être réduite par la structuration statistique.

Le raisonnement consiste ici à considérer un corps donné comme élément d'une série : sur l'élément lui-même, on en sait toujours moins que sur la série. Le corps statistique est un corps que le clinicien traverse par des probabilités calculables et il implique ainsi une science du chiffre. La médecine est scientifique dans la mesure où elle s'appuie, non plus sur une science anatomique ou physiologique externe à la clinique, mais sur une science de l'utilité clinique elle-même. On ne donne plus un vasodilatateur à un patient souffrant d'insuffisance cardiaque pour *diminuer la postcharge* mais parce que *l'odds ratio d'événements indésirables est plus favorable avec un vasodilatateur*, c'est-à-dire que les chiffres indiquent que c'est ce qu'il faut faire. Il est ainsi scientifique de prescrire un traitement dont on ignore tout du mécanisme mais qui a fait ses preuves. Par ailleurs, une prescription peut être parfaitement fondée scientifiquement même si elle se révèle par la suite inefficace ou toxique chez un patient donné, car c'est l'efficacité sur des collectifs qui est déterminante pour justifier une action. La légitimité clinique est associée à la capacité de s'abstraire du cas donné pour se référer à une ou plusieurs séries pertinentes. Le corps du patient est ainsi renvoyé à un collectif, dont a été abstrait un corps moyen, et c'est ce corps moyen, virtuel, qui est l'objet de la prise en charge clinique.

CLINIQUE ET CORPS

L'intelligence clinique – l'observation, la mesure, peut-être le décodage, l'abstraction – se déploie différemment selon l'objet qu'elle cherche à saisir. Soit la question d'une embolie pulmonaire. Le clinicien peut chercher, à la surface du corps-objet, les signes de la lésion profonde, comme un œdème révélant la thrombose veineuse. Il peut repérer, dans le fonctionnement général du corps, la manifestation du déséquilibre induit par l'événement, comme un dédoublement du B2 au foyer pulmonaire. Pour l'exercice, on peut peut-être accepter l'idée que les D-dimères circulantes sont pour le médecin un signal, un code de l'événement thrombotique. La démarche est encore différente dans la perspective du corps statistique. La question est : sur cent corps similaires^a à celui-ci, quelle est la proportion dans laquelle on trouve une embolie pulmonaire (probabilité prétest) ? l'examen qui permettra, avec le meilleur rapport coût-efficacité, de prendre une décision ? Coup d'œil clinique, maîtrise de la mécanique corporelle, décryptage de codes ou connaissance d'observations établies sur des collectifs : versions concurrentes de ce qu'est un « bon clinicien », qui renvoient à des modalités concurrentes de légitimité professionnelle.

Légitimité du traitement, également : la manière dont on en établit l'efficacité varie selon le régime de savoir et

le type de corps qu'on soigne. Pour le corps-objet, c'est la morphologie qui décide de l'efficacité : la fracture est réduite, la taille des lésions tumorales diminue. Pour le corps-machine, c'est la réaction à l'expérimentation que constitue le traitement qui est décisive : diminution de la tension artérielle, restauration d'un rythme sinusal. Pour le corps cybernétique, c'est la réponse spécifique, individuelle, à une molécule choisie sur la base d'un profil lui aussi individualisé. Pour le corps statistique, c'est la supériorité sur un placebo, dans un collectif et quant à un effet spécifique comme désirable, qui atteste de l'efficacité d'un traitement.

Le problème qui se pose à la médecine clinique est que le corps qu'elle traite, quel qu'en soit le type parmi ceux que nous avons décrits, n'est jamais celui du patient. Il s'agit là d'une difficulté que certaines propositions récentes, comme la médecine centrée sur le patient, cherchent à dépasser, en ménageant dans la consultation une place au patient et à son corps. Il y aura ainsi un temps pour lui et un temps pour le corps du médecin, mais ces deux aspects du corps sont abordés en parallèle, sans véritable intégration.

CONCLUSION

Dans cette réflexion essentiellement critique, nous avons discuté les aspects qui nous paraissent les plus pertinents pour rendre compte de l'activité clinique, dans l'espoir de stimuler une réflexion sur les fondements épistémologiques qui structurent la pensée et le travail des cliniciens. Nous reconnaissons cependant que le travail clinique consiste justement à articuler différents registres de pensée de façon dynamique et idéalement pour le profit du patient. La stratégie diagnostique, l'évaluation de l'efficacité d'un traitement impliquent en pratique de mobiliser, à des degrés divers, tous les aspects que nous opposons ici les uns aux autres. Le corps abstrait de l'épidémiologie n'empêche pas le praticien attaché à une médecine « factuelle » d'examiner son patient. Le corps-objet que le chirurgien opère ne rend pas ce dernier aveugle aux enjeux physiologiques de l'intervention. D'autre part, il existe d'autres modèles du corps en médecine. Nous discutons dans les articles suivants des efforts de la psychosomatique pour envisager un corps qui dépasserait le statut d'objet – et des difficultés conceptuelles considérables qu'elle rencontre –, ainsi que de la contribution possible de la phénoménologie à l'émergence d'un corps différent pour la clinique. Le modèle biopsychosocial de George Engel⁹ mérite aussi d'être mentionné ici, même si la place nous interdit de le discuter plus en détail.

Une dernière remarque : le corps du patient, en clinique, n'est pas le seul en présence. La formation chirurgicale a par exemple été discutée comme un travail sur le corps du chirurgien lui-même, la transformation d'un « corps laïque » en « corps de chirurgien ». ¹⁰ On peut penser que des processus similaires sont à l'œuvre aussi chez les non-chirurgiens. Tous les cliniciens, en définitive, font métier du corps d'autrui. Leur façon d'incarner leur profession a sans doute des aspects spécifiques qui mériteraient d'être explorés. ■

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

^a C'est toute la difficulté de l'épidémiologie clinique que de poser les limites acceptables de la « similarité » : en pratique, les corps inclus dans les études sur lesquelles il s'agit de se baser ne sont similaires à celui auquel est confronté le clinicien que pour un nombre limité de paramètres.



Adresses

Dr Michael Saraga
Centre for Medical Education
Faculty of Medicine, McGill University
Lady Meredith House, Room 205
1110 Pine Avenue West, Montreal, Quebec H3A 1A3
Canada
michael.saraga@mcgill.ca

Dr Céline Bourquin
Service de psychiatrie de liaison
CHUV, Les Allières, 1011 Lausanne
celine.bourquin@chuv.ch

Hubert Wykretowicz
Pr Friedrich Stiefel
Service de psychiatrie de liaison
CHUV, 1011 Lausanne
hubert.wykretowicz@chuv.ch
frederic.stiefel@chuv.ch

Bibliographie

- 1 ** Foucault M. Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical. Paris: Presses Universitaires de France, 1963.
- 2 Bernard C. Leçons sur les phénomènes de la vie communs aux animaux et aux végétaux. Paris: J. B. Baillière et fils, 1878.
- 3 Bernard C. Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. Paris, Londres, Madrid: J. B. Baillière et fils, 1865.
- 4 ** Grmek MD. La troisième révolution scientifique. Rev Med Suisse Romande 1999;119:955-9.
- 5 Wiener N. La cybernétique: information et régulation dans le vivant et la machine. Paris: Editions du Seuil, 2014.
- 6 Watzlawick P, de Morche J, Beavin JH, Jackson D. Une logique de la communication. Paris: Editions du Seuil, 1972.
- 7 Reynolds KS. Achieving the promise of personalized medicine. Clin Pharmacol Ther 2012;92:401-5.
- 8 Human Brain Project. URL: www.humanbrainproject.eu/ (consulté le 01.10.2014).
- 9 Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science 1977;196:129-36.
- 10 * Prentice R. Drilling surgeons: The social lessons of embodied surgical learning. Sci Technol Human Values 2007;32:534-53.

* à lire

** à lire absolument