



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

FLORE

Repository istituzionale dell'Università degli Studi di Firenze

La place de la subjectivité dans le champ de la médecine

Questa è la Versione finale referata (Post print/Accepted manuscript) della seguente pubblicazione:

Original Citation:

La place de la subjectivité dans le champ de la médecine / G. Guerra. - In: CLINIQUES MÉDITERRANÉENNES. - ISSN 0762-7491. - STAMPA. - 82:(2010), pp. 73-85.

Availability:

The webpage <https://hdl.handle.net/2158/402376> of the repository was last updated on

Terms of use:

Open Access

La pubblicazione è resa disponibile sotto le norme e i termini della licenza di deposito, secondo quanto stabilito dalla Policy per l'accesso aperto dell'Università degli Studi di Firenze (<https://www.sba.unifi.it/upload/policy-oa-2016-1.pdf>)

Publisher copyright claim:

La data sopra indicata si riferisce all'ultimo aggiornamento della scheda del Repository FloRe - The above-mentioned date refers to the last update of the record in the Institutional Repository FloRe

(Article begins on next page)

Giovanni Guerra

*La place de la subjectivité
dans le champ de la médecine*

« Il y a un caractère commun à tous les ouvrages traitant de la médecine. C'est leur parfaite inutilité pour ce qui concerne la médecine elle-même, qui se caractérise d'être une pratique indifférente à ce qu'on en dit. » Jean Clavreul (1978) introduit avec ces mots son livre sur « l'ordre médical » et on peut constater que cette affirmation conserve encore toute sa valeur. Est-ce que les œuvres de Georges Canguilhem, Ivan Illich, Thomas McKeown, pour ne citer que des classiques assez différents les uns des autres, ont produit des effets sur la médecine contemporaine ? Assurément non. Mais la médecine joue un rôle trop crucial dans la vie de chacun et dans la société pour ne pas continuer à nous interroger à son sujet.

Une bonne occasion, à la suite de ces travaux, de reprendre cette question est certainement le livre de Roland Gori et Marie-José Del Volgo *La santé totalitaire* (2005) qui se caractérise par une critique de la médecine au nom du sujet et de la subjectivité.

La critique est déjà clairement posée dès le titre : la santé est devenue un objet social et politique, soumis au contrôle public et confié à l'expertise médicale qui va assumer de plus en plus la fonction de gouvernement des comportements. La définition des conduites correctes est suggérée, voire imposée par les données scientifiques, ce qui comporte une sorte d'homologation et de conformisme dans lesquels disparaît l'individualité physique et psychique du sujet. Si on y gagne du point de vue de la santé mesurée par des indicateurs précis et universels, qu'en est-il de la vie vécue dans la singularité de chacun ?

Question pertinente mais qui ouvre à une autre demande : pourquoi et comment donner une place à la subjectivité dans la clinique médicale ? Et tout d'abord qu'est-ce que le sujet ?

La réponse à cette dernière question peut être formulée dans ces termes : « Le sujet se trouve, dans le déterminisme inconscient, freudiennement constitué par son histoire et son idiolecte, à l'occasion de la complaisance de faits aléatoires et pourtant nécessaires aux exigences internes, en un lieu interstitiel bordé d'un côté par cet "inusable facteur quantitatif", constitutionnel, dont Freud délègue à la biologie le soin de percer le mystère, et d'autre part, par ces accidents qui sont autant des faits de langage que des événements, et de leur complaisance à entrer en combinaison pour produire un effet d'*après coup* où le travail de la langue affirme encore sa prévalence, ni en deçà, ni au-delà » (Gori, 1996, p. 185). De cette longue et complexe citation de Roland Gori, je reprendrai seulement deux points, que je souhaite développer et discuter.

Le premier point concerne le rôle joué par la langue et que j'aborde ici d'une manière plus limitée relativement à la situation de communication et de interlocution. C'est un thème sur lequel Roland Gori revient à maintes reprises dans ses travaux en référence au contexte de la cure psychanalytique. En particulier, je reprends l'affirmation suivant laquelle le « symptôme en psychanalyse serait *ce qui tombe ensemble dans la parole* et qui d'être recueilli par l'un et par l'autre [patient et praticien], et parfois par les deux, fait histoire et interpellation » (Gori, 2001, p. 44). Naturellement Roland Gori parle ici de la situation de la cure psychanalytique où on postule que « la présence de symptômes témoigne d'un vouloir dire quelque chose à quelqu'un » (*ibid.*, p. 38). Néanmoins on peut s'interroger sur la légitimité de considérer la parole du sujet en tant que symptôme dans des situations qui, bien que différentes, partagent le fait d'une demande d'aide adressée à l'autre. Il me semble que le travail de Marie-José Del Volgo (1997) va tout à fait dans ce sens.

Certainement, on peut objecter que le symptôme d'une maladie organique ne témoigne d'aucun vouloir dire mais est un accident qui tombe sur le sujet. Objection fondée sur un présupposé discutable – à savoir la passivité de l'organisme face à la maladie – et qui n'empêche pas de penser que la rencontre patient/médecin est quand même une occasion pour « l'instant de dire ». On y reviendra.

Le deuxième point est la question posée par la délégation à la biologie de s'occuper du mystère du « constitutionnel ». Freud, plusieurs fois, a exhorté les psychanalystes à ne pas s'occuper de biologie. Mais cette délégation à la biologie risque de renforcer le clivage cartésien, bien que la psychanalyse rende la présence du corps tout à fait fondamentale dans le développement du sujet et même dans la séance thérapeutique. Personnellement, je suis tota-

lement éloigné d'un holisme naïf qui voudrait rassembler les choses d'une manière simpliste et confuse. La complexité du système « homme » ne nous autorise que des fenêtres limitées de compréhensibilité : on arrive à voir quelque chose et, inévitablement, on est aveugle sur d'autres. Pourtant cette limitation n'empêche pas de s'interroger sur la possibilité de dialogue entre les différents regards et les différentes perspectives.

Cette interrogation est justement le fil de la réflexion que je vais proposer à partir d'une rapide reconstruction du développement de la médecine moderne pour terminer avec la logique de l'intervention thérapeutique, en répondant ainsi même à la question du pourquoi trouver la place qui est due au sujet et à sa parole dans la clinique médicale.

TECHNOLOGIE ET ANTHROPOLOGIE EN MÉDECINE

Cosmacini (1987, 1995), à plusieurs reprises, a proposé la représentation de la médecine en tant que composée d'anthropologie et de technologie. On peut entendre ici « anthropologie » comme réflexion sur la relation entre malade et médecin et entre médecin et société, ainsi que comme vision de l'acte médical à l'intérieur d'une vision générale de l'homme et de ses relations avec l'environnement ; par « technologie » on entend l'utilisation efficace de moyens et d'instruments d'intervention.

Dans l'histoire de la médecine les deux composantes semblent jouer comme les deux plateaux d'une balance : le poids de l'une augmente ou diminue plus ou moins quand l'autre diminue ou augmente. Sans doute, la médecine hippocratique avait une composante anthropologique très forte et, dans le même temps, une composante technologique faible. L'inverse se présente dans la médecine d'aujourd'hui où à une technologie de plus en plus forte, efficace et efficiente correspond un intérêt anthropologique faible. Comment en est-on arrivé là ?

Canguilhem (1985) indique trois étapes qui ont donné forme au statut de la médecine moderne et qui ont déterminé, dans le même temps, la disparition de l'intérêt pour le malade en tant que sujet.

La première étape est déterminée par la naissance et l'incroyable développement de l'artificialisme : la nouvelle sémiotique à partir du XIX^e siècle et l'invention d'instruments dont le pouvoir d'investigation est de plus en plus étonnant laissent de côté le vécu subjectif de la maladie. Souvent on se représente l'ancien praticien penché sur son patient et écoutant avec intérêt son dire. Pourtant, cette représentation des médecins jusqu'à la naissance de la médecine moderne manifestant un intérêt pour la subjectivité du malade risque d'être une représentation nostalgique et erronée. En effet, les médecins étaient forcés à aller vers l'unique source d'informations disponible, à

savoir celle du malade lui-même. À partir du moment où ils ont pu avoir recours à des sources plus fiables (signes, données instrumentales, valeurs biochimiques, etc.), l'intérêt pour le malade et pour son discours a inévitablement décliné.

En Italie, la production de manuels de savoir-vivre (*galatei*) qui expliquent au médecin la manière de se conduire avec le patient pour gagner sa confiance et donner du crédit à la classe médicale, et confirmer le médecin en tant que point de référence concernant les problèmes de la santé, va durer pendant une bonne partie du XIX^e siècle, puis disparaîtra. À ce moment-là, la médecine n'a plus besoin d'une rhétorique pour afficher sa valeur puisque les résultats et l'efficacité de ses interventions seront plus que suffisants. Les ruses du docteur Knock cèdent le pas à l'objectivité des résultats.

Une deuxième étape est franchie avec la mathématisation des données cliniques. Opération pas du tout évidente, même pour les fondateurs de la médecine moderne expérimentale mais qui permet aujourd'hui à la médecine d'élaborer les données cliniques et biomédicales grâce aux ordinateurs et aux systèmes experts.

La troisième étape arrive avec l'hygiène publique qui formule un concept nouveau de santé : de la santé de l'individu on passe à la santé de la collectivité. La médecine entre ainsi dans « le champ des sciences sociales, et même des sciences économiques » (Canguilhem, 1985, p. 421). Un nouveau scénario s'instaure pour la médecine et s'il s'ensuivra une mise entre parenthèses du sujet singulier. Il convient de reconnaître que l'amélioration de la qualité et de l'espérance de vie est justement due à l'hygiène.

Donc, si on regarde les choses de l'intérieur de la médecine, il apparaît que le développement des connaissances et des moyens technologiques entraîne d'une manière inévitable l'éclipse de la subjectivité. Faut-il récupérer la subjectivité ? Quel avantage gagnerait-on *du point de vue de la médecine* curative ou préventive ?

Je vais essayer maintenant de discuter de la possibilité de trouver le sens et l'importance du sujet tout en restant dans une perspective de développement de notre médecine moderne auquel il serait insensé de renoncer. Personne ne peut rêver d'un retour à une médecine plus « humaine » au prix d'une perte de son efficacité.

La question, clairement, n'est pas du tout facile à aborder. À partir de mon expérience d'enseignement dans les facultés de médecine, j'ai constaté que si on arrive à donner une place à la psychologie (et par ce biais à quelque intérêt pour le sujet malade), c'est plutôt dans l'attente de donner un supplément d'âme à une médecine perçue à risque, un risque de s'éloigner trop de l'homme qu'elle soigne. Mais ajouter de l'extérieur quelque chose qui

reste quand même hétérogène ou confier cette tâche aux professionnels de « l'âme » ne modifie aucunement la pratique médicale.

Et pourtant, dans cette « somme évolutive de sciences appliquées » (Canguilhem, 1985) qui est la médecine, on peut trouver des pistes pour une entrée (je ne dis pas un « retour ») de la subjectivité.

Pour entamer cette discussion, je propose d'ajouter aux trois étapes signalées par Canguilhem une quatrième qu'on peut appeler le processus de « molécularisation » (Azzone, 1991) de la médecine. À partir de la deuxième moitié du ^{xx}e siècle, la recherche médicale s'est tournée de plus en plus vers l'identification des bases moléculaires, et de la pathologie et de la thérapie. C'est à ce niveau « bas » qu'on trouve non seulement la description retenue la plus adéquate de la maladie mais aussi l'indication la plus pertinente d'interventions pharmacologiques¹.

Un effet majeur de cette démarche est que la biologie crée les fondements scientifiques de la médecine et de la clinique. Et c'est justement de la biologie que vient la redécouverte de l'individualité qui va donner un sens nouveau à l'ancien aphorisme : « Il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades. » Et on peut ajouter à la singularité du malade et de sa maladie aussi la singularité de la thérapie, compte tenu de l'énorme variabilité individuelle dans la réponse au traitement pharmacologique en termes d'efficacité et de tolérance (la pharmacogénomique).

Mais déjà Canguilhem avait averti de ne pas confondre cette valorisation de l'individualité avec la valorisation de la subjectivité. Ce qui est profondément vrai mais, dans le même temps, on peut reconnaître que la reconnaissance de l'individualité ouvre à une autre thématique biologique cruciale : l'adaptation.

Bien que le darwinisme constitue le cadre à l'intérieur duquel se déroule la biologie qui fonde la médecine moderne, il faut reconnaître que les thématiques évolutionnistes ne jouent pas un grand rôle dans la pratique clinique. En effet, les trois principes qui résument la théorie de Darwin (Lewontin et Levins, 1978) : variation, hérédité, sélection naturelle, apparaissent plutôt éloignés de la rencontre avec le malade.

Mais on se tromperait pour deux raisons. La première est que l'individu (objet de l'intervention médicale) est un des trois niveaux de la sélection naturelle (les autres étant les gènes et les espèces, Vrba et Gould, 2008, Okasha, 2006) ; la seconde est qu'on ignorerait la question ouverte par l'évolution, à savoir la question de l'adaptation. Comment se représenter la vie sinon comme un processus continu d'adaptation avec des moments de santé et, inévitablement, de maladie ? Mais qu'est-ce que l'adaptation ? La

1. J'indique ici une démarche générale. En effet, il y a des propriétés de l'organisme qu'on ne peut pas réduire à un niveau plus bas.

représentation populaire la plus répandue est celle d'une passivité de l'organisme soumis aux contraintes de l'environnement. Dans ce sens, on s'adapte comme on dirait : on se résigne. Mais la question est beaucoup plus complexe et peut prendre une tout autre allure. Si, parmi les différentes interprétations de l'adaptation, on se réfère à l'hypothèse soutenue par des auteurs tels que Richard Lewontin, Stephen J. Gould, Nils Eldredge, Humberto Maturana et Francisco Varela, on trouve l'hypothèse dite de la coévolution et codétermination entre organisme et environnement. Je me limite à indiquer l'élément ici le plus important : chaque espèce – et, en définitive, chaque organisme – construit son environnement en sélectionnant dans le monde les éléments significatifs pour lui. La sélection, sur quelle base se produit-elle ? La réponse lapidaire de Lewontin est que l'environnement est tout d'abord codifié dans l'ADN des organismes. Ce qui veut dire que pour chaque espèce (et pour chaque individu) l'environnement est quelque chose de différent. L'environnement, alors, ne se confond plus avec le monde et n'est plus le fond impassible ou contraignant sur lequel se déroule la vie, mais il se trouve en interaction avec les organismes et, s'il détermine des contraintes, à son tour se modifie par l'action de l'organisme.

La notion d'un environnement spécifique pour chacun (organisme/sujet), caractérisé par ce qui est significatif pour l'organisme, est une idée aussi simple qu'éclairante.

Pour revenir rapidement à notre thème et sans nous perdre dans une discussion sur le fondement génétique de la nature de l'homme, on peut dire que le trait espèce-spécifique de l'homme dans la construction de l'environnement est sa capacité symbolique, à savoir la capacité de donner sens au monde, à ses expériences, relations, histoire, projets, etc. Donc, s'occuper de la santé d'un sujet implique inévitablement de s'occuper de sa manière de construire son environnement en essayant de déterminer les contraintes et les limites ainsi que les possibilités. Si on s'occupe de la construction de l'environnement de l'homme, comment séparer un aspect biologique d'un aspect psychologique ? « La construction imaginaire que le patient se donne spontanément pour expliquer ce qui lui arrive » (Gori, 1997 p. 10) est quelque chose de fondamental pour comprendre sa manière de s'adapter ou de construire sa vie et son environnement.

Pour accepter ce point de vue, il faut penser au médecin comme celui qui aide le processus d'adaptation en intervenant dans les situations de contrainte, de limitation, de réduction du pouvoir normatif de l'organisme (pour reprendre l'expression de Canguilhem). L'intervention technique est alors l'offre d'occasions pour que le sujet trouve sa norme possible.

Peut-être cette formulation et de la question et du parcours pour arriver à la subjectivité peut apparaître étrange mais c'est quelque chose de très bien

connu et pratiqué normalement par tous les médecins, en particulier par ceux qui sont confrontés avec la réhabilitation et les maladies chroniques. Donc, l'inclusion du sujet dans la clinique médicale n'a rien de nouveau, d'inattendu, de bouleversant par rapport à la pratique courante. Plus simplement c'est un effort pour prendre au sérieux ce qui est indiqué par la biologie qui fonde la clinique².

Je pense qu'une discussion sur la thérapie pourra éclairer encore mieux la question de l'adaptation.

THÉRAPIE, PRÉVENTION ET PRESCRIPTION DE LA SANTÉ

Si on peut dire avec Roland Gori et Marie-José Del Volgo que ce qui est thérapeutique n'est pas toujours médical, on doit admettre que, au cœur de la médecine, il y a la thérapie et, encore plus dans son fond, la guérison.

Pour la médecine tout « est subordonné à l'ambition de guérir : la vocation médicale est essentiellement fondée sur elle ; la thérapeutique est le couronnement des études médicales » (Bensaïd, 1978). Pourtant, depuis toujours les médecins ont été assez prudents et même humbles par rapport à la guérison. On cite souvent l'aphorisme d'Ambroise Paré : « Je le pensais, Dieu le guérit. » Des citations dans le même esprit, on en retrouve chez d'autres auteurs et même dans des textes de cultures différentes. On peut supposer que cette prudence est moins une expression de modestie qu'un vrai problème conceptuel et épistémologique : qu'est-ce que la guérison dans la clinique médicale ? Question complexe qui, d'ailleurs, ne trouve pas un grand écho dans la littérature médicale. Dans une recherche en cours sur cette thématique (Cristina Taddei, communication personnelle), en utilisant les mots *healing* et *recovery* dans *PubMed* de 2008, on trouve des références presque uniquement à des blessures et des fractures, peut-être là où l'anatomie rassure par une certaine visibilité sur le sens de la guérison.

Concept clair ou pas, l'attente de la guérison est ce qui alimente la pratique médicale et la demande d'aide du malade. Mais la médecine ne se réduit pas à la thérapeutique. Comme on le disait plus haut, c'est à l'hygiène et aux pratiques préventives (vaccination, diagnostic précoce, contrôles de routine, etc.) qu'on doit l'amélioration de la qualité et de l'espérance de vie. L'hygiène et les pratiques qui en dérivent sont devenues centrales dans l'organisation de la santé et cela à cause même du coût économique toujours croissant des systèmes sanitaires qui exige une politique orientée vers la prévention certainement moins coûteuse que la thérapie.

2. En discutant de l'autonomie, j'ai proposé des parcours différents mais tout à fait dans le même sens (Guerra, 1999, 2003).

Thérapie et prévention, bien que d'un certain point de vue contradictoires, constituent les deux volets de l'activité médicale qui, en fonction des indiscutables succès, justifient son rôle de dicter les comportements corrects pour prévenir la maladie ou pour en sortir.

S'attendre à des conseils ou, mieux encore, à des indications précises de conduite est un axe typique et inévitable de la relation avec le médecin. Et personne ne doute de la nécessité de suivre ces indications même si elles peuvent avoir une allure très directive. En effet, même les mots utilisés appartiennent au vocabulaire de l'impératif : on parle d'ordonnance médicale, de prescription d'une thérapie et, dans le même sens prescriptif, on peut assumer les indications hygiéniques comme impositions positives.

Il n'est pas valide de discuter cette perspective pour revendiquer une supposée liberté du sujet qui, bien qu'ignorant, prétendrait en savoir plus que les experts professionnels. La question n'est pas de sortir, de s'extraire de la médecine mais plutôt d'y faire entrer la complexité de l'objet de travail.

On peut s'interroger sur les principes qui dirigent les prescriptions et il me semble qu'un principe général peut être identifié dans l'*optimisation* des conduites. Par « conduite » on doit entendre les conduites thérapeutiques du médecin et les conduites du sujet malade ou de celui qui essaie de prévenir les maladies qui peuvent l'atteindre.

Optimiser les conduites thérapeutiques est évidemment le but de la clinique. La définition des procédures les plus adéquates qu'il faut suivre dans les différentes situations cliniques, l'*Evidence Based Medicine* en sont des expressions typiques.

Optimiser les conduites des patients est plus compliqué puisque cela donne lieu inévitablement à un sentiment d'ambiguïté entre le conseil utile et l'imposition. C'est sûrement ici qu'apparaît l'intrusion d'un « discours totalitaire » (Gori et Del Volgo, 2005).

Mais qu'est-ce que cela signifie d'« optimiser » dans le domaine clinique et biologique ? L'optimisation constitue-t-elle l'esprit le plus authentique de la thérapie ?

Donnons une fois de plus la parole à Georges Canguilhem (1966) : « La vie pour le médecin, ce n'est pas un objet, c'est une activité polarisée dont la médecine prolonge [...] l'effet spontané de défense et de lutte contre tout ce qui est de valeur négative » (p. 77). Cette pensée de Canguilhem ouvre deux questions : la coïncidence de la médecine et de la thérapie, celle-ci caractérisée par la lutte contre le « négatif » ; la définition de la vie comme conflit entre valeurs positives et valeurs négatives. Deux questions qui méritent quelques réflexions.

Si la thérapie donne le sens le plus authentique à la médecine, cela signifie repositionner la médecine moins comme savoir indépendant que

comme réponse à une demande d'aide. La finalité du développement du savoir est l'augmentation des possibilités thérapeutiques. On s'attend à ce que toute découverte dans les différentes sciences qui constituent la médecine ait des retombées sur la thérapie. Attente souvent magique et illusoire qui ignore ou veut ignorer la complexité du passage, par exemple, d'une découverte biologique à l'intervention thérapeutique mais qui atteste des attentes vis-à-vis de la médecine.

La seconde question concerne l'objet de l'intervention thérapeutique : le négatif. Si on représente la vie en tant que conflit entre valeurs positives et valeurs négatives, la médecine intervient sur ces dernières, là où la vie rencontre des contraintes, des limitations à son pouvoir d'imposer sa norme.

Encore une fois il est utile de se tourner vers la biologie pour reprendre le thème de l'évolution et de l'adaptation. Le terme d'évolution a habituellement le sens d'amélioration, de progrès, d'avancée. S.J. Gould et N. Eldredge, entre autres, ont critiqué avec autorité cette interprétation de l'évolution dans le contexte biologique. À la suite de ces auteurs, on peut penser l'évolution comme un processus indéterminé ou déterminé en négatif, à savoir un processus qui connaît les barrages, l'impraticabilité de certaines voies mais non la prescription de voies supposées meilleures.

L'adaptation pour le vivant consiste dans la recherche, entre contraintes et possibilités, d'une voie qu'on peut appeler de développement – si on enlève à ce mot la valeur d'amélioration, de progrès, d'optimisation.

Si on retient le principe que la normalité de la vie est la variété, la normalité gaussienne, non le type idéal normatif auquel se conformer, on comprend encore mieux que le médecin intervient pour aider le sujet à trouver sa norme à lui, celle qui lui est possible. Le médecin n'est pas là pour atteindre à une santé parfaite mais pour rechercher avec le patient la santé possible.

UNE TECHNIQUE SPÉCIFIQUE DE LA RELATION POUR LES MÉDECINS ?

Si la pratique médicale et les savoirs qui composent la médecine ont pris l'allure qu'on a essayé de décrire, on peut se demander quel espace les médecins peuvent trouver pour *s'intéresser* à la relation avec le patient. *S'intéresser*, bien entendu, non pour des raisons ou attitudes personnelles mais plus spécifiquement professionnelles. Nous avons essayé de montrer que le savoir médical, dans la prégnance des références biologiques, non seulement admet mais exige un intérêt pour la subjectivité. Dans ce sens, s'occuper du sujet est une question aussi bien éthique que technique.

Mais comment traduire ça dans la pratique clinique quotidienne ? Jusqu'ici on a essayé de rester le plus strictement possible dans le discours

biologique et médical. Mais en ce point, il nous faut faire appel à la contribution spécifique de la psychologie. Pour entamer un travail dans ce sens, je voudrais introduire deux thèmes :

– le premier concerne un argument qui n'est pas beaucoup traité quand on parle de la médecine alors qu'il constitue, à mon avis, un point crucial pour comprendre certaines attitudes des médecins.

Je parle de l'anxiété qui est soulevée par le désir de connaître et de guérir qui anime le médecin. J'ai proposé l'hypothèse qu'il y a plusieurs sources spécifiques d'anxiété (Guerra, 1992) : le désir de pénétrer et de posséder les secrets de la vie et de la mort, de s'approcher d'une toute-puissance qui peut facilement s'inverser en impuissance ; l'infraction du tabou qui interdit l'accès à l'intérieur du corps de l'autre ; la rencontre avec la maladie, la mort, l'angoisse du malade et de ses parents (Valabrega, 1980) ; l'incertitude inévitable des résultats de l'intervention thérapeutique. En effet, le médecin peut travailler seulement s'il a trouvé les moyens pour se défendre de l'anxiété. Défenses qui sont moins un produit individuel qu'un produit institutionnel, intériorisé pendant le parcours de formation à la faculté et dans les stages (Menzies, 1970). Or, le problème ne concerne pas les défenses en soi, mais leur degré d'élaboration, c'est-à-dire la possibilité pour le médecin de se confronter avec ses fantasmes, ses désirs, ses peurs.

Aider à élaborer les défenses pour les rendre plus réalistes et pour atteindre un niveau d'anxiété moins primitif, ce peut être ce que la médecine peut demander à la psychologie ;

– le second thème concerne la technique de l'écoute. Marie-José Del Volgo (1997) a montré ce que peut donner l'offre d'un espace d'écoute de la parole du sujet³. Pour arriver à offrir cet espace, il est bien évident que le médecin doit avoir fait un parcours de travail sur lui-même, dans le sens qu'on vient de dire par rapport aux défenses.

La question ici est relative à la technique de l'écoute. Le médecin peut-il non seulement créer un espace où puisse se déployer « l'instant de dire » mais arriver à utiliser ce matériau pour les objectifs professionnels – bien que redéfinis dans le sens discuté précédemment ?

Sur ce point il faut être très clair. Je ne pense pas qu'un médecin puisse s'improviser psychologue ou, pis, psychothérapeute, ceci entraînerait non seulement une confusion des rôles mais une perversion de la demande du patient qui s'adresse au médecin pour ce que son corps lui suggère.

Je pense à un médecin qui, pour assurer sa fonction thérapeutique, s'occupe de tous les éléments qui appartiennent à son champ d'observation.

3. On ne peut pas ici discuter des rapports entre l'écoute de la parole du malade ainsi qu'elle est proposée par nos auteurs et la médecine narrative qui semble gagner en intérêt dans les facultés de médecine pas seulement américaines. On y reviendra une prochaine fois.

Sans prétention de définir d'ores et déjà ce qui à présent est seulement une hypothèse de recherche, je me demande si on peut utiliser dans le contexte de la consultation médicale le concept de représentations-buts.

Ce concept est certainement un concept majeur de la technique psychanalytique et je me rends compte des légitimes perplexités que peut soulever son exportation en dehors du contexte où il est né et où il trouve sa juste place.

Mais écouter le discours du patient dans l'hypothèse que sa parole s'organise autour des représentations de la maladie et du corps, d'une part, et, de l'autre, des attentes envers le médecin et la thérapie permettrait de s'intéresser à tout moment de la visite médicale. Dans le recueil de l'anamnèse et pendant l'examen objectif, le médecin se trouve souvent à écouter des choses apparemment non pertinentes ou anodines. Mais si son écoute est dirigée par l'hypothèse que dans ces discours il y a un matériau important pour comprendre comment le patient affronte la maladie et comment il va affronter les interventions thérapeutiques, en principe il n'y a rien d'impertinent (ce qui ne veut pas dire que tout ce qui est dit est forcément important ni, surtout, immédiatement compréhensible).

Écouter avec ces hypothèses le discours du patient n'est pas une réadmission de quelque chose de refoulé, ce n'est pas non plus une concession « humaniste » ou une séduction du patient ; c'est, plus simplement, une compétence professionnelle.

CONCLUSION

La relation entre les médecins et les autres professionnels qui s'occupent de l'homme n'est pas du tout simple. En particulier il y a une série de conflits entre les médecins et les psychologues (au moins au niveau des ordres professionnels) à propos de plusieurs questions, notamment la psychothérapie. Sur ce point je voudrais conclure.

Reprenons les éléments cruciaux du processus thérapeutique médical : travail sur le négatif, absence d'état final idéal à atteindre, aide dans la recherche de la norme de vie possible...

Ces éléments ne définissent-ils pas aussi le processus psychothérapeutique et la position du psychothérapeute⁴ ? La différence entre les éléments sur lesquels on travaille et les instruments ne saurait masquer la profonde analogie de la logique du processus.

4. Je parle évidemment d'une psychothérapie qui trouve dans la psychanalyse sa référence.

Sur cette analogie, sans confusion de rôles et d'objectifs, le dialogue entre une perspective médicale et une perspective psychologique devient tout à fait naturel.

BIBLIOGRAPHIE

- AZZONE, G.F. 1991. *Biologia e medicina*, Bari, Laterza.
- BENSAÏD, N. 1978. « Autrement le même », dans *Nouvelle revue de psychanalyse*, p. 27-40.
- CANGUILHEM, G. 1966. *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF.
- CANGUILHEM, G. 1985. « Le statut épistémologique de la médecine », *Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*, Paris, Vrin, 2002.
- CLAVREUL, J. 1978. *L'ordre médical*, Paris, Le Seuil.
- COSMACINI, G. 1987. *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Bari, Laterza.
- COSMACINI, G. 1995. *La qualità del tuo medico*, Bari, Laterza.
- DEL VOLGO, M.-J. 1997. *L'instant de dire*, Toulouse, érès.
- GORI, R. 1996. *La preuve par la parole*, Paris, PUF.
- GORI, R. 1997. « Le corps de la parole », Préface à M.-J. Del Volgo, *L'instant de dire*, Toulouse, érès.
- GORI, R. 2001. « Les rhétoriques de la souffrance », *Qu'est-ce qui guérit dans la psychothérapie ?*, Paris, PUF.
- GORI, R. ; DEL VOLGO, M.-J. 2005. *La santé totalitaire*, Paris, Denoël.
- GUERRA, G. 1992. *Psicosociologia dell'ospedale*, Roma, La Nuova Italia Scientifica.
- GUERRA, G. 1999. « Sujet et système social : autonomie et construction », *Transhumances I*, Presses universitaires de Namur.
- GUERRA, G. 2003. « Autonomy and constructivism », *European Journal of School Psychology*, 1, 1, p. 97-118.
- LEWONTIN, R.C. ; LEVINS, R. 1978. « Evoluzione », *Enciclopedia*, vol. 5, Torino, Einaudi.
- MENZIES, I.E.P. 1970. *The Functioning of Social Systems as a Defence against Anxiety*, The Tavistock Institute of Human Relations, Londres.
- OKASHA, S. 2006. *The Levels of Selection*, Oxford, Oxford University Press.
- VALABREGA, J.-P. 1980. *Phantasme, mythe, corps et sens*, Paris, Payot.
- VRBA, E.S. ; GOULD, S.J. 2008. « The hierarchical expansion of sorting and selection : sorting and selection cannot be equated », *Paleobiology*, 12, p. 217-228.

Résumé

Le développement de la médecine moderne a entraîné d'une manière apparemment inévitable l'éclipse du sujet du champ clinique, en donnant aussi l'impression que la médecine est un discours totalitaire. L'article s'interroge sur la possibilité de trouver une place à la subjectivité tout en restant à l'intérieur des axes portants de la médecine. La référence à la biologie évolutive et spécifiquement au thème de l'adaptation permet un parcours à la fin duquel on propose qu'ignorer la subjectivité du malade serait ignorer un élément technique majeur. On peut découvrir aussi que les logiques

du processus thérapeutique dans la clinique médicale et psychanalytique sont beaucoup plus proches de ce qu'on peut penser habituellement.

Mots-clés

Subjectivité, adaptation, Canguilhem, normalité.

THE SUBJECT'S PLACE IN THE FIELD OF MEDICINE

Summary

In a apparently inevitable way the development of the modern medicine has implied the eclipse of the subject from the clinical field, suggesting the impression that the medicine is a totalitarian discourse. The author examines the possibility to find a place for the subjectivity but keeping in the fundamental axis of the medicine. The reference to the evolutionary biology and precisely to the adaptation theme allows a way at the end of which the author suggests the idea that to ignore the subjectivity of the patient lets to ignore a crucial technical element. It is possible also discover that the logics of the therapeutic process in the clinical medicine and psychoanalysis are much nearer than one can think.

Keywords

Subjectivity, adaptation, Canguilhem, normality.