

UNIVERSITÉ DE BOURGOGNE

École doctorale Langages Idées Sociétés Institutions Territoires

THÈSE

Pour obtenir le grade de
Docteur de l'Université de Bourgogne

Discipline : Philosophie

Par

ERIC BAWEDIN

SOUTENUE LE 08 NOVEMBRE 2013

**SE SOIGNER PAR SOI-MÊME A
L'ÈRE MODERNE**

Directeur de thèse
Jean-Claude GENS

Jury :

Michèle DION, Professeur à l'Université de Bourgogne
Georges CHARBONNEAU, Directeur de recherches à l'Université
de Paris VII
Jean-Philippe PIERRON, Maître de conférences à l'Université de
Lyon III

REMERCIEMENTS

Je voudrais témoigner toute ma reconnaissance à Jean-Claude Gens qui a accepté de diriger cette recherche, qu'il a encadrée avec attention et exigence. Je voudrais également exprimer toute ma gratitude à Michèle Dion, à Georges Charbonneau et à Jean-Philippe Pierron qui ont accepté de participer au jury de thèse, et m'ont ouvert, par leurs stimulantes observations, de nouvelles perspectives de recherche. Je suis aussi très reconnaissant à Pierre Ancet pour les fructueux conseils qu'il m'a donnés lors de mes premiers travaux consacrés à la thématique du soin à soi-même. Enfin, je voudrais remercier Madeleine Bawedin-Lambert pour la relecture fine et pertinente de ce travail de recherche.

RÉSUMÉ :

A l'ère moderne, se soigner par soi-même c'est répondre à des situations créées par la médecine. Son efficacité, ses limites, ses interventions, sa pratique, sa propension à médicaliser les existences, son inscription dans l'économie de marché sont autant de facteurs qui interagissent avec la capacité auto-soignante de la personne comme l'attestent la désorganisation du schéma identitaire du patient lors d'interventions visant à réparer des traumatismes physiques, le malade chronique déléataire de la médecine, la médicalisation de l'avancée en âge. Aussi, la tâche impartie à l'homme moderne est de s'affranchir des asservissements, des effets de désagrégation, des interférences que génèrent les activités médicales. En ce sens, se soigner par soi-même c'est, d'une part, décrypter les buts poursuivis par la médecine et déterminer si son action répond avec pertinence à sa problématique de santé ; et, d'autre part, élaborer des réponses non contraintes et innovantes aux situations déstabilisantes. En se soignant par lui-même, c'est-à-dire en étant capable de faire apparaître, en temps de crise, des modalités adaptatives à une réalité déstabilisatrice, l'homme moderne s'affirme en tant qu'authentique sujet créateur de sa vie.

MOTS CLES :

Authenticité, créativité, maladie, marchandisation, médecine technico-scientifique, médicalisation de l'existence, norme, santé.

ABSTRACT :

In the modern era, self healing is to respond to situations created by medicine. Its effectiveness, its limits, its interventions, its practice, its tendency to medicalize existences, its inclusion in market economy are as many factors that interact with the self healing ability as attest the disruption of the patient's identity schema during interventions to repair physical trauma, chronic patient which depends on medicine, the medicalization of the aging. As well the task assigned to the modern man is to escape from enslavements, weathering effects, interferences generated by medical activities. In this sense, self healing is, on the one hand, to

decrypt the aims of medicine and to determine if its action responds with relevance to its problem of health; and, on the other hand to develop non-constraints and innovative answers to destabilizing situations. By treating himself, i.e., being able to show in times of crisis, adaptive manner to a destabilizing reality, modern man asserts itself as an authentic subject creator of his life.

KEYWORDS :

Authenticity, creativity, illness, commodification, technical-scientific medicine, medicalization of the existence, norm, health.

INTRODUCTION :

« Il faut que l'homme qui est intelligent, comprenant que la santé est le premier des biens, sache se secourir de son chef dans les maladies¹».

Cette sentence hippocratique invite à saisir que le fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme est ce qui contribue, en premier lieu, à son équilibre et à son épanouissement. On peut, dès lors, logiquement en déduire que chacun se doit de disposer de connaissances appropriées et efficaces, acquises par l'étude, l'analyse ou l'expérience pour restaurer sa santé lorsqu'elle est altérée par la maladie. Il est à remarquer que, dans la prescription hippocratique que nous venons de citer, il semble bien que, seule, la présence de la pathologie fait que la personne prend l'initiative de juger, de décider et d'agir par elle-même. L'adoption d'un comportement raisonnable destiné à protéger sa santé, comme par exemple le respect d'une hygiène de vie, n'est pas, explicitement, envisagée dans ce précepte particulier. Mais, attendre le moment de l'irruption de la pathologie pour agir revient à compromettre ce bien premier qu'est la santé. Or, justement, la permanence des soins que l'on doit se prodiguer à soi-même ne s'inscrit-elle pas plutôt dans l'entretien de sa santé plutôt que dans sa restauration ?

Pour le lexicographe qui se réfère à la première édition du Dictionnaire de l'Académie française, celle de 1694, l'acception originelle du mot soin est l'application d'esprit à faire quelque chose. Nous pouvons, par conséquent, en déduire que la personne, à partir d'une certaine conception des choses, adopte un comportement caractéristique et agit de manière appropriée. Ainsi, le fait d'éprouver la nécessité de préserver sa santé, l'incite à adopter une conduite adéquate. Aussi, l'attitude qui consiste à se soigner par soi-même traduit la volonté de la personne de prendre en considération le problème de santé qui l'affecte, et de réagir afin de parvenir à le régler. Elle présuppose, donc, à mon sens, qu'elle connaisse les modalités de fonctionnement de son organisme, et sache interpréter ses manifestations. Mais, à l'évidence, c'est insuffisant pour espérer être en mesure de se porter secours à soi-même avec efficacité :

¹ Hippocrate, *Du régime salutaire*, Œuvres complètes, tome sixième, trad. Émile Littré, Paris, J.B. Baillière, 1849, p.87.

« A ce motif si important [l'intérêt de connaître son corps], il se joint un intérêt qui n'est pas à négliger, celui d'être éclairé sur les moyens de se bien porter, de prolonger sa vie, d'expliquer plus nettement le lieu, les symptômes de sa maladie, quand on se porte mal ; de discerner les charlatans ; de juger, du moins en général, des remèdes ordonnés² ».

La personne se doit, donc, aux yeux de Diderot, de posséder, certes, les rudiments d'une bonne hygiène de vie, mais, aussi, d'être capable de localiser ses troubles et de les comprendre, de reconnaître les médocastres, c'est-à-dire les mauvais médecins et les charlatans, et enfin d'apprécier la valeur des thérapies prescrites.

A cet égard, nous pouvons nous référer aux *Confessions* de Rousseau pour concrétiser, et comprendre le cheminement d'une personne qui est confrontée, inopinément, aux manifestations inhabituelles de son organisme :

« Un matin que je n'étais pas plus mal qu'à l'ordinaire, en dressant une petite table sur son pied, je sentis dans tout mon corps une révolution subite et presque inconcevable. Je ne saurais mieux la comparer qu'à une espèce de tempête qui s'éleva dans mon sang, et gagna dans l'instant tous mes membres. Mes artères se mirent à battre d'une si grande force, que non seulement je sentais leur battement, mais que je l'entendais même, et surtout celui des carotides. Un grand bruit d'oreilles se joignit à cela, et ce bruit était triple ou plutôt quadruple, savoir : un bourdonnement grave et sourd, un murmure plus clair comme d'une eau courante, un sifflement très aigu et le battement que je viens de dire, et dont je pouvais aisément compter les coups sans me tâter le pouls ni toucher mon corps de mes mains. Ce bruit interne était si grand qu'il m'ôta la finesse d'ouïe que j'avais auparavant, et me rendit non tout à fait sourd, mais dur d'oreille, comme je le suis depuis ce temps-là. On peut juger de ma surprise et de mon effroi. Je me crus mort ; je me suis mis au lit ; le médecin fut appelé ; je lui contais mon cas en frémissant et le jugeant sans remède. Je crois qu'il en pensa de même, mais il fit son métier. Il m'enfila de longs raisonnements où je ne compris rien du tout ; puis en

² Diderot Denis, D'Alembert Jean le Rond, *Encyclopédie ou Dictionnaire Raisonné des Sciences, des Arts et des Métiers par une Société de Gens de Lettres*, Tome Premier, Paris, Chez Briasson, Davis l'aîné, Le Breton, Durand, 1751-1765, p.411.

conséquence de sa sublime théorie, il commença *in anima vili*³ la cure expérimentale qu'il lui plut de tenter. Elle était si pénible, si dégoûtante, et opérait si peu, que je m'en lassai bientôt ; et au bout de quelques semaines, voyant que je n'étais ni mieux ni pis, je quittai le lit et repris ma vie ordinaire avec mon battement d'artères et mes bourdonnements, qui, depuis ce temps-là, c'est-à-dire depuis trente ans, ne m'ont pas quitté une minute⁴».

Ainsi, à l'occasion d'un geste du quotidien, sans aucun signe précurseur, Rousseau s'éprouve, donc, soudainement, comme un autre. Son organisme s'exprime différemment de l'habitude. Son corps n'est plus, alors, que tempête dans le déchaînement de ses éléments constitutifs. Surpris et effrayé, l'auteur se projette, immédiatement, dans une mort qui lui paraît imminente. Aussi, confronté à ce qu'il croit être une situation d'urgence, la décision qui s'impose à lui est de faire appel au corps médical.

L'intérêt de l'expérience relatée par Rousseau, réside, pour moi, dans le fait que la relation thérapeutique se caractérise par une opposition entre l'inquiétude d'un sujet qui croit qu'il va mourir, et un médecin théorisant et expérimentateur qui ne prend pas en considération ses appréhensions et sa souffrance. De fait, la pratique médicale à laquelle est confronté Rousseau pose la question du but qui est, réellement, poursuivi par le médecin, et de sa capacité effective à pouvoir guérir son patient. A l'évidence, l'intervention du thérapeute se solde, en définitive, par un échec. En effet, la pénibilité du traitement et l'absence d'amélioration de sa santé conduisent Rousseau à conclure qu'il peut se dispenser de recourir à la médecine. Par conséquent, la seule attitude possible est de retourner vaquer à ses occupations quotidiennes.

Il est à noter que la défiance vis-à-vis de la médecine s'explique, également, par le fait qu'elle contribue à la perte d'aptitudes utiles dans la lutte contre la maladie ; ce qui a comme conséquence d'affaiblir la capacité de résistance de la personne :

³ Sur une vie de peu de prix. Cette expression était utilisée à propos des expérimentations sur les animaux.

⁴ Rousseau Jean-Jacques, *Les Confessions*, I. Livre VI, Paris, Flammarion, 2002, p.273-274.

« Un corps débile affaiblit l'âme. De là l'empire de la médecine, art plus pernicieux aux hommes que tous les maux qu'il prétend guérir. Je ne sais, pour moi, de quelle maladie nous guérissent les médecins, mais je sais qu'ils nous en donnent de biens funestes : la lâcheté, la pusillanimité, la crédulité, la terreur de la mort : s'ils guérissent le corps, ils tuent le courage⁵ ».

Mais, lorsqu'il s'agit de se soigner par soi-même, la mise à distance de la médecine correspond, aussi, à la mise en œuvre d'une règle de conduite que la personne s'est fixée. Dans ce cas, elle s'appuie sur son expérience, et elle se laisse guider par l'habitude et par le plaisir :

« En premier lieu l'expérience me fait craindre ces inventions car d'après ce que je peux connaître, je ne vois aucune espèce de gens si tôt malade et si tard guérie que celle qui est sous la juridiction de la médecine. Leur santé elle-même est altérée et gâtée par la contrainte des régimes. Les médecins ne se contentent pas d'avoir la maladie à gouverner, ils rendent la santé malade pour empêcher que l'on puisse à quelque moment échapper à leur autorité. D'une santé constante et entière ne tirent-ils pas argument pour une grande maladie à venir ? J'ai été assez souvent malade : j'ai trouvé, sans leur secours, mes maladies aussi douces à supporter (et j'en ai éprouvé de presque toutes les sortes) et aussi courtes que chez personne d'autre, et de plus je n'y ai pas mêlé l'amertume [des drogues] de leurs ordonnances. La santé je l'ai libre et entière, sans règle et sans autre discipline que celle de mon habitude et de mon plaisir⁶ ».

Néanmoins, cette autonomie de décision et d'action implique d'avoir une confiance suffisante en sa propre capacité à pouvoir surmonter les épreuves rencontrées. Dans cette perspective, c'est bien l'absence de cette assurance qui explique, par conséquent, le recours à la médecine :

« C'est la crainte de la mort et de la douleur, l'incapacité de supporter le mal, une soif furieuse et immodérée de la guérison qui nous aveuglent ainsi : c'est une pure lâcheté qui rend notre croyance si molle et si malléable. La plupart des gens pourtant ne croient pas autant à la

⁵ Rousseau Jean-Jacques, *Emile, Livre I*, Paris, Editions Flammarion, 1966, p.58.

⁶ Montaigne Michel de, *Les Essais en français moderne*, Paris, Gallimard, 2009, p.928.

médecine qu'ils laissent faire. Je les entends, en effet, se plaindre d'elle et en parler comme nous ; mais ils se décident enfin : « Que ferais-je donc [d'autre] ? ». Comme si l'incapacité de supporter le mal était en soi un meilleur remède que l'endurance⁷ ».

En revanche, l'expérience des limites de la médecine conduit à chercher en soi-même les ressources nécessaires pour se prodiguer des soins. Mais, si le malade est fasciné par la figure du médecin, au point que, comme l'écrit Julien Offroy de La Mettrie : « Sa seule vue calme le sang, rend la paix à une âme agitée et fait renaître la douce espérance au cœur des malheureux mortels⁸ », alors, il n'existe aucune raison objective de se soigner par soi-même. Le recours exclusif au corps médical s'impose comme une évidence indiscutable.

On voit bien que, lorsqu'il s'agit de vaincre la maladie, la personne est appelée à prendre position. Elle peut, en effet, faire appel aux services d'un thérapeute. Mais, elle peut, également, juger qu'elle est capable de se soigner par elle-même. Aussi, lorsque ce cas de figure se présente, la question se pose de savoir si nous pouvons établir une homologie entre se prodiguer des soins à soi-même et être le médecin de soi-même. A cet égard, l'étude de l'œuvre aristotélicienne est particulièrement éclairante.

Rappelons que, pour Aristote, la nature présente un double caractère. D'une part, elle n'agit pas au hasard⁹ et, d'autre part, elle réalise toujours le meilleur des possibles¹⁰. La nature opère donc, en quelque sorte, à la manière d'un artisan cosmique qui procède à l'arrangement harmonieux de toutes choses dans le monde, en utilisant les ressources à sa disposition. Mais, à l'évidence, la nature n'est ni omnipotente ni omnisciente. Par conséquent, elle ne peut pas tout. Il lui arrive de buter sur des difficultés, de connaître des défaillances. La nature porte en elle ses propres limites. Ainsi, l'étant naturel, c'est-à-dire le vivant, possède une caractéristique propre qui est celle de pouvoir tomber malade. Mais, il convient de souligner

⁷ Montaigne Michel de, *Les Essais en français moderne*, op.cit., p. 946.

⁸ Offroy de La Mettrie Julien, *L'Homme-Machine*, Paris, Gallimard, 1999, p.141.

⁹ Aristote, *Traité du Ciel*, II, 8, 290 a30, trad. Catherine Dalimier et Pierre Pellegrin, Paris, Flammarion, 2004, p.241.

¹⁰ *Ibid.*, p.219.

qu'il présente une autre spécificité intrinsèque. Il est, en effet, pourvu d'un principe de mouvement et de repos¹¹ ; ce qui permet, notamment, notons-le, de le différencier de l'état technique.

A partir de la caractérisation que nous venons d'établir, la pathologie est à comprendre comme une altération du rythme et de l'intensité du mouvement de la φύσις, c'est-à-dire de la nature. La φύσις a donc l'impérieuse nécessité de trouver dans la τέχνη, l'art, la technique, des éléments qu'elle ne possède pas, et qui sont susceptibles de lui permettre de restaurer pleinement son principe de mouvement. On peut, alors, concevoir que la pratique médicale s'inscrit dans une technè. Le mouvement de retour à la santé s'opère, donc, par la forme qui réside dans l'âme du médecin, et le soin, considéré comme le moyen de secourir la nature défaillante, s'enracine dans une analyse médicale préalable des causes de la maladie¹² :

« [...] c'est donc chaque santé particulière de chaque corps que doit produire la science de la santé, par l'intermédiaire d'une cause motrice qui est l'homme possédant cette science¹³ ».

Ainsi, on peut dire que la fonction de l'art est de suppléer aux défaillances de la nature¹⁴. Par voie de conséquence, pour y parvenir, l'art doit composer avec les éléments, les matériaux fournis par la nature¹⁵.

C'est bien l'art de la médecine qu'il possède qui permet au médecin de prodiguer des soins. En l'occurrence, ceux-ci soutiennent l'action de la nature qui n'arrive pas d'elle-même à combattre la maladie et à restaurer un état de santé altéré :

« [...] les soins les plus éclairés seront ceux donnés à un homme pris individuellement, par un médecin ou un maître de gymnastique ou tout autre ayant la connaissance de l'universel, et sachant ce qui convient à tous ou à ceux qui rentrent dans telle catégorie : car la science a pour

¹¹ Aristote, *Physique*, II, 1, 192 b 10-15, trad. Pierre Pellegrin, Paris, Flammarion, 2002, p. 115-116

¹² Aristote, *Métaphysique* Z, 7, 1032 a25 -1032 b30, trad. Marie-Paule Duminil et Annick Jaulin, Paris, Flammarion, 2008, p.247-249.

¹³ Stevens Annick, *L'ontologie d'Aristote au carrefour du logique et du réel*, Paris, Vrin, 2000, p.224.

¹⁴ Aristote, *La Politique* VII, 17, 1337a, trad. J. Tricot, Paris, Vrin, 1995, p.549.

¹⁵ Aristote, *Physique*, II, 8, 199 a15, *op.cit.*, p. 152.

objet le général, comme on le dit et comme cela est en réalité, non pas qu'il ne soit possible sans doute qu'un individu déterminé ne soit traité avec succès par une personne qui ne possède pas la connaissance scientifique, mais a observé avec soin, à l'aide de la seule expérience, les phénomènes survenant en chaque cas particulier, tout comme certains semblent être pour eux-mêmes d'excellents médecins, mais seraient absolument incapables de soulager autrui. Néanmoins, on admettra peut-être que celui qui souhaite devenir un homme d'art ou de science doit s'élever jusqu'à l'universel et en acquérir une connaissance aussi exacte que possible : car, nous l'avons dit, c'est l'universel qui est l'objet de la science¹⁶ ».

Aristote opère, de fait, une distinction entre la technè qui procède au moyen de la connaissance, et l'expérience personnelle susceptible de générer une efficacité ponctuelle qui repose sur des observations et des expérimentations successives, opérées sans comprendre les causes des phénomènes. Le savoir que la personne possède, par sa propre expérience occasionnelle, la rend capable, dans certaines circonstances, de lutter efficacement contre les altérations de sa santé. De fait, l'atténuation de la douleur, l'atteinte de la guérison s'obtiennent à partir du déploiement, par la personne, d'un pur empirisme. En effet, la personne qui se soigne, par elle-même, n'est pas pour autant un médecin. En conséquence, il est exclu qu'elle puisse recourir à des connaissances médicales qu'elle ne possède pas ; contrairement au médecin qui est celui qui sait, qui connaît les principes sur lesquels repose la santé, et les facteurs qui occasionnent des pathologies. Il est vrai, à cet égard, que la formulation d'un diagnostic implique la recherche des causes et des symptômes de l'affection ; l'établissement d'un pronostic sur l'évolution de telle ou telle pathologie nécessite la connaissance des cas antérieurs.

Mais, ce que nous devons retenir c'est que le cœur même de l'activité médicale est constitué par l'action de soigner, c'est-à-dire de soulager et de guérir un malade. La raison d'être de la médecine, même si nous sommes amenés à concéder qu'elle contribue à l'accroissement des connaissances, n'est pas l'élaboration, en tant que telle, d'un savoir. En

¹⁶ Aristote, *Ethique à Nicomaque*, X, 10,1180 b 10-20, trad. J. Tricot, Paris, Vrin, 2007, p. 565-566.

effet, elle ne se place pas au niveau d'une activité de recherche, et elle n'est pas une histoire naturelle des maladies, ni une théorie de la médication.

Pour remédier aux défaillances de la nature, le médecin met donc en œuvre des procédés qui permettent d'adapter les données générales de l'intelligence théorique aux cas particuliers, c'est-à-dire une technè. Mais, la technè n'est pas la simple mise en pratique d'une connaissance théorique. Elle est d'emblée un savoir d'ordre pratique construit sur l'expérience, comme le rappelle Aristote dans la *Métaphysique* : « L'art naît lorsque, de nombreuses notions d'expérience, résulte une seule conception universelle à propos des cas semblables ¹⁷ ». En effet, la possession d'un savoir purement théorique est insuffisante en soi pour espérer guérir :

« Car on ne voit jamais personne devenir médecin par la simple étude des recueils d'ordonnances. Pourtant les écrivains médicaux essayent bien d'indiquer non seulement les traitements, mais encore les méthodes de cure et la façon dont on doit soigner chaque catégorie de malades, distinguant à cet effet les différentes dispositions du corps. Mais ces indications ne paraissent utiles qu'à ceux qui possèdent l'expérience, et perdent toute valeur entre les mains de ceux qui en sont dépourvus¹⁸ ».

En outre, nous devons concevoir que le recours à des règles qui s'appliquent, généralement, à une pathologie bien spécifiée peut s'avérer inopérant si le médecin oublie de prendre en considération la singularité du cas qu'il a à traiter : « [...] il en est comme en médecine, où le repos et la diète sont en général indiqués pour le fiévreux, mais ne le sont peut-être pas pour tel fiévreux déterminé ¹⁹ ».

Le médecin possède, donc, un savoir qui s'applique à des patients atteints par une même pathologie. Mais, si la technè lui permet de savoir que tel type de maladie peut être guéri par telle gamme de remèdes, elle doit être, nécessairement, reliée à son expérience pour qu'il puisse avoir l'indication que c'est tel remède qui a guéri telle personne, et pas une autre.

¹⁷ Aristote, *Métaphysique A,1*, 981 a5, op.cit., p.72.

¹⁸ Aristote, *Ethique à Nicomaque, X, 10,1181 b 5*, op.cit., p. 569.

¹⁹ *Ibid.*, p. 565.

Néanmoins, il s'avère que, dans certaines circonstances, une personne douée d'habileté, possédant quelques connaissances, peut être en mesure de se soigner par elle-même, à l'aide de sa seule expérience. Seulement, le remède utilisé par le médecin ou par la personne qui se soigne par elle-même n'a de valeur que pour elle-même. S'il était appliqué à autrui, l'efficacité de ce remède serait, si elle se révélait être réelle, purement accidentelle ; ce qui signifie que celui qui se soigne par lui-même se trouve, manifestement, dans l'incapacité d'apporter une aide efficace à une autre personne.

Pour Aristote, il y a donc, d'une part, la connaissance du général qui est le privilège du médecin et, d'autre part, la connaissance du seul particulier. Par conséquent, on voit bien que la capacité de la personne à se soigner par elle-même s'enracine dans sa propre expérience et, donc, en aucun cas dans une compétence médicale établie sur une base scientifique. L'établissement d'une équivalence entre l'expérience et un savoir de type médical est impossible. Aussi, la personne qui se prodigue des soins à elle-même ne peut pas être qualifiée de thérapeute. Toutefois, il est à remarquer qu'Aristote utilise, néanmoins, le terme de médecin pour qualifier l'amateur éclairé qui est capable de porter un jugement sur la chose médicale :

« [...] nous entendons par médecin, à la fois le simple praticien, le « prince de la science », et, en troisième lieu, l'amateur cultivé dans cet art (il existe des amateurs de ce genre dans tous les arts pour ainsi dire) ; et nous attribuons le droit de juger aussi bien aux amateurs cultivés qu'aux professionnels²⁰ ».

Comme nous l'avons mentionné, nous devons bien admettre que la nature n'est ni omnipotente, ni omnisciente, et qu'elle n'est pas toujours bienveillante. Il n'est donc pas surprenant qu'au cours de son existence la personne soit amenée à éprouver sa finitude, à souffrir, à s'affaiblir, et à tomber malade. Mais, si, comme le pense Aristote, la nature produit toujours le meilleur de ce qu'il est possible de faire, alors la personne ne peut que s'en remettre à elle, en ayant confiance dans le pouvoir de maturation du temps, pour obtenir le

²⁰ Aristote, *La Politique*, III -11, 1282a, *op.cit.*, p.218.

rétablissement de sa santé lorsque celle-ci est compromise. Par conséquent, on comprend que le malade soit invité à laisser la nature s'exprimer, et à ne pas interférer avec elle, ni entraver son action :

« On doit accorder le passage aux maladies, et je trouve qu'elles font moins d'arrêt chez moi qui les laisse faire ; j'en ai même perdu, de celles que l'on estime les plus opiniâtres et les plus tenaces, du fait de leur propre décadence, sans l'aide et sans l'art [de la médecine], et même contre ses règles. Laissons faire un peu [la] Nature : elle comprend mieux ses affaires que nous²¹ ».

Dans ces conditions, on pressent que le malade est appelé à développer une aptitude particulière qui consiste à savoir écouter la nature qui s'exprime en lui, à la comprendre, à suivre ses instructions, afin de permettre à son pouvoir de guérir, d'opérer. Nous avons ici affaire, en l'occurrence, à la *vis medicatrix naturae* hippocratique. Est, ainsi, exposée l'idée que la nature trouve des remèdes propres à guérir le corps, et qu'elle possède la capacité de se rétablir par elle-même ; même si, dans certaines circonstances, elle doit être aidée. Il est à noter que cette conception conserve toute son acuité à l'ère moderne. Ainsi, Georg Groddeck nous rappelle que le pouvoir de restauration de la santé altérée ou perdue appartient bien à la nature : « *Natura sanat, medicus curat*. C'est la nature qui guérit et non pas le médecin, qui, lui, soigne²² ». Par conséquent, le rôle qui est imparti au malade est de laisser faire la nature. Le recours au thérapeute ne se justifie, alors, que pour apporter à la nature des moyens complémentaires pour vaincre la maladie. Aussi, on peut logiquement en déduire que la médecine devient une activité contre-naturelle si elle sort de cette fonction.

Mais, laisser faire la nature ne signifie pas que la personne en soit réduite à s'enfermer dans la passivité en ce qui concerne son rapport avec sa santé. En effet, elle doit s'en soucier et connaître les moyens de la préserver. A cet égard, c'est bien son expérience et sa capacité d'analyse qui peuvent lui permettre d'acquérir, progressivement, une assurance dans la

²¹ Montaigne Michel de, *Les Essais en français moderne*, op.cit., p.1313.

²² Groddeck Georg, « *NASAMECU* » *la nature guérit*, trad. P. Villain, Paris, Editions Aubier-Montaigne, 1980, p.106.

détermination de ce qui est nuisible ou profitable à sa santé. Seule, l'élaboration de ce savoir est à même de permettre à la personne d'adopter la conduite appropriée au maintien de sa santé. Bien évidemment, en cas de nécessité, elle doit être capable de déterminer ce qu'il convient de faire pour la recouvrer.

Nous avons donc établi que le malade doit laisser libre cours à l'expression de la nature en lui puisqu'elle possède un pouvoir médicateur. Le recours à un thérapeute ne se justifie, alors, que pour aider une nature déficiente. Mais, lorsque la médecine ne produit pas les effets escomptés, il semble bien que l'observation attentive de soi, et la constitution d'un savoir empirique rivalisent, en efficacité, avec les remèdes susceptibles d'être proposés par un thérapeute, lorsqu'il s'agit de rétablir une santé altérée. Les carences de la médecine peuvent, par conséquent, inciter la personne à penser que celle-ci ne montre pas de supériorité sur ce qu'elle peut, elle-même, entreprendre.

Il apparaît bien que c'est la personne, et elle seule, qui dispose de la capacité à mettre en œuvre les principes capables de lui garantir une vie sans souci de santé majeur, et qui, si la situation l'exige, est en mesure de se prodiguer des soins. A cette réserve près, bien sûr, que la situation, à laquelle la personne est confrontée, ne conduise pas à l'exposer, à bref délai, au risque d'apparition de séquelles irréversibles, voire de son décès en l'absence de soins médicaux appropriés, dispensés avec promptitude.

Cependant, mon analyse de la problématique des soins que l'on se porte à soi-même me conduit à penser qu'elle doit être réexaminée de façon critique. En effet, l'avènement de la médecine technico-scientifique est un événement qui, selon l'argumentation d'Evelyne Aziza-Shuster, est de nature à saper l'idée du médecin de soi-même :

« Si le malade n'occupe plus une position privilégiée relativement à la connaissance de sa maladie, si le médecin qui guérit n'est plus celui qui écoute mais celui qui interroge, le thème du médecin de soi-même ne peut plus se soutenir. L'acte médical n'est plus un rapport d'individu à individu tel que l'un des deux, le malade, puisse tenter de le supporter à lui seul.

Le médecin n'est plus seulement le porteur de son expérience singulière acquise auprès des malades singuliers, il est le véhicule de la médecine enseignée à l'hôpital, armée des secours de l'instrumentation et des savoirs élaborés dans les laboratoires. Il n'est plus le médiateur inspiré par la Nature s'interposant entre le malade et sa maladie vécue, il est le médiateur suscité par la société s'interposant entre la maladie et la connaissance de la maladie²³ ».

La tradition du médecin de soi-même incarne la conception d'une nature bienveillante dotée d'une force médicatrice. L'organisme possède une dynamique naturelle spontanée qui s'emploie à restaurer l'état de santé. Aussi, le sujet doit laisser la nature œuvrer en lui. Il doit savoir l'écouter, comprendre et suivre ses instructions puisqu'elle possède la capacité de se rétablir par elle-même avec l'aide, le cas échéant, des soins prodigués par le médecin. Or, la médecine moderne a tendance à privilégier dans son approche de la pathologie, la lecture de valeurs chiffrées délivrées par un appareillage technique. Dans ce cas, le malade n'est plus le sujet de sa maladie mais l'objet d'investigations médicales mobilisant des moyens techniques toujours plus sophistiqués. Cette pratique distanciée supprime l'observation et l'écoute, et elle peut altérer la capacité de la médecine moderne à appréhender la maladie sous toutes ses facettes et dans toute sa complexité. Néanmoins, nous pouvons penser que l'accroissement des connaissances médicales relatives aux pathologies et aux thérapies, et l'enrichissement progressif de l'expérience clinique, de par la multiplicité des cas observés et traités, amènent le sens commun à en déduire que la médecine progresse. Par voie de conséquence, rien ne s'oppose à lui laisser la maîtrise des problématiques de santé puisqu'elle est en mesure de leur apporter des réponses efficaces. De ce fait, il n'est pas nécessaire de chercher et d'explorer, par soi-même, des voies alternatives.

Toutefois, l'idée des soins que nous nous devons à nous-mêmes ne disparaît pas pour autant. Remarquons que l'activité soignante est inhérente à la nature humaine puisque, dans le fonctionnement silencieux des organes, le vivant, lui-même, adapte et répare. Cependant, les automatismes physiologiques sont fragiles ; aussi, ont-ils besoin d'être préservés. Il est vrai

²³ Aziza-Shuster Evelyne, *Le médecin de soi-même*, Paris, Presses Universitaires de France, 1972, p.99.

que, de par ses comportements et ses actions, chacun d'entre nous peut se révéler comme le protecteur qualifié de son organisme ou, au contraire, comme celui qui contribue à son altération. Mais, à l'évidence, en dépit du soin que la personne peut accorder à se maintenir en bonne santé, la pathologie est toujours à même de faire brutalement irruption dans son existence, et d'en modifier les conditions.

Lorsque ce cas de figure se produit, la personne est confrontée à une situation inédite qui implique, nécessairement, dans un souci d'efficacité thérapeutique, qu'elle soit en mesure de comprendre ce qui lui arrive, d'apprécier la gravité de son état, et d'élaborer la réponse qui lui semble la plus appropriée pour instaurer une nouvelle norme de vie, en lieu et place de celle qui a été perdue du fait même de la pathologie. Le malade est seul pour moduler son existence en fonction de cette nouvelle allure de vie induite par la maladie. De surcroît, il est manifeste que chaque organisme évolue, se modifie selon un rythme et des modalités qui lui sont propres. Aussi, il appartient bien à chacun de réinventer, au fil des transformations qui s'opèrent, la relation avec son propre corps. De fait, la singularité de chacun implique une originalité dans l'action, et érige le rapport entretenu avec sa santé en une expérience unique.

Néanmoins, un esprit averti peut prendre conscience du fait que le pouvoir de la médecine technico-scientifique comporte ses propres limites. Tout d'abord, des pathologies demeurent inexplicables. Ensuite, la pratique médicale est confrontée au fait qu'un échec thérapeutique est toujours susceptible d'intervenir. Enfin, la réapparition de maladies considérées, pourtant, comme définitivement vaincues, les effets iatrogènes des traitements, la dénaturation du geste médical, la mise à distance du malade qui estompe la richesse des observations cliniques et qui peut conduire à une compréhension incomplète de la pathologie et, donc, à une efficacité moindre, constituent des facteurs susceptibles de conduire les personnes à mettre à distance la médecine technico-scientifique, et à rechercher par elles-mêmes des réponses jugées plus appropriées, plus conformes à leurs attentes sur ce que doit être une activité soignante.

Mais, à mon sens, ce qui caractérise, plus que tout, l'ère moderne, c'est que la conception du soin en première personne est, en fait, étroitement subordonnée à la médecine technico-scientifique. Indéniablement, il existe, tout d'abord, au moins un cas de figure, celui de la maladie chronique, où la médecine assigne expressément au patient volontaire la mission de se soigner par lui-même. Il devient, ainsi, le délégué de l'équipe médicale, et il effectue lui-même des tâches de complexité variable comme contrôler ses émotions, exercer sa vigilance, appréhender la sémiologie de sa pathologie, en reconnaître les signes, les interpréter, apprendre des techniques médicales, se familiariser avec leurs conditions d'utilisation, gérer les incidents dans l'application des traitements, supporter leurs éventuels effets secondaires, modifier son mode de vie, prendre les décisions les plus appropriées à sa situation pathologique.

Ensuite, il convient de noter que, paradoxalement, la capacité réparatrice de la médecine moderne génère des effets non sollicités. C'est ce qui se produit, à mon sens, lorsque des interventions chirurgicales désorganisent le schéma identitaire de la personne en procédant au remodelage de parties de son corps à haute charge expressive et/ou symbolique, à l'aide d'éléments organiques étrangers. Le geste technique met, alors, le patient dans une situation singulière puisqu'il est confronté à la nécessité de devoir inventer les conditions d'existence qui vont lui permettre de tenter de surmonter le risque de sa propre dislocation.

Enfin, il apparaît à l'examen que l'attitude qui consiste à se soigner par soi-même ne s'apprécie pas uniquement en regard de la puissance, même relative, de la médecine ou de son incomplétude. En effet, il ne peut pas échapper à un esprit un tant soit peu observateur que la médecine moderne n'a pas comme seuls objectifs la prévention des pathologies, le rétablissement de situations traumatiques compromises ou la guérison des malades. Les techniques médicales sont utilisées à d'autres fins que purement thérapeutiques. C'est, à mon sens, le cas lorsque la médecine a pour dessein de permettre aux personnes de respecter des normes, lorsqu'elle contribue à façonner des êtres humains sur-normaux, lorsqu'elle favorise le *shopping existentiel*, lorsqu'elle répond à de pures convenances personnelles, lorsqu'elle

participe au contrôle qualité des modes d'existence. A cet égard, il convient de mettre en exergue le fait que la médecine moderne perd, de cette manière, le sens de ce qui fonde une authentique activité de soin.

L'extension constatée des domaines d'activités de la médecine est favorisée par la prégnance, dans la société, de l'idée d'un bien-être permanent que rien ne doit altérer. Cette conception implique, par voie de conséquence, que les éléments qui nuisent au bien-être des personnes disparaissent. Dès lors, nous sommes amenés à mieux comprendre l'emprise d'une médicalisation qui oriente les personnes vers la pathologisation de tous les registres de leur existence. La médecine moderne joue, à mon sens, un rôle essentiel dans cette action, puisqu'elle estime posséder la légitimité pour déterminer ce qui est bon et ce qui est mauvais pour le bien-être de la personne. Aussi, nous ne devons pas être étonnés de pouvoir constater qu'elle définit des normes, et qu'elle en assure la plasticité en en redessinant, sans cesse, les contours. C'est pourquoi l'homme moderne se doit d'être attentif au fait que la promotion de l'idée de bien-être, la tyrannie de l'apparence, la valorisation de la performance constituent de puissants leviers pour l'inciter à prendre soin de lui-même, c'est-à-dire, en l'occurrence, à choisir le prestataire de services idoine pour assurer la mise en correspondance avec les normes en vigueur dans la société.

A l'examen, il apparaît que la médicalisation de l'existence est entretenue par l'industrie pharmaceutique pour qui les multiples facettes du mal-être sont autant de maux guérissables par ses produits. Or, l'objectif économique d'une entreprise est d'augmenter ses parts de marché pour assurer la croissance de son chiffre d'affaires. Par conséquent, il n'est pas surprenant de constater que, désormais, les médicaments sont destinés aux malades, mais aussi aux bien-portants. Néanmoins, il est nécessaire de convaincre ces derniers de les utiliser. C'est pourquoi les firmes pharmaceutiques en sont venues à fabriquer des pathologies par l'élargissement ou la réinterprétation de leurs définitions, par la transformation des évolutions naturelles de l'organisme en maladies, par l'exagération de la prévalence des troubles, par la modification des valeurs considérées comme normales des paramètres physiologiques, par la

manipulation des facteurs de risques. Aussi, dans ces conditions, l'homme moderne est confronté à l'impérieuse nécessité d'éviter l'intériorisation, sans aucun examen critique, des discours que lui tiennent l'industrie pharmaceutique et la communauté médicale sur les pathologies.

A bien y regarder, la médecine moderne met la personne dans un rapport constant avec sa santé étant donné qu'elle l'incite à la gérer et, par conséquent, à traquer le moindre signe de l'anomalie indicatrice d'une maladie potentielle ou avérée. Au nom de son autonomie et de sa responsabilité, la personne est, de fait, impliquée dans un processus de médicalisation puisque la médecine l'incite à dépister, elle-même, une éventuelle maladie en utilisant l'ingénierie d'autodiagnostic disponible.

Mais, il faut bien voir qu'en consacrant, ainsi, le rôle en première personne du sujet dans le rapport qu'il est amené à établir avec sa santé, la médecine moderne contribue à son enfermement dans des schémas comportementaux qui lui sont extérieurs. Ceux-ci contreviennent, par conséquent, à l'élaboration, par la personne, de ses propres réponses lorsqu'elle affronte des problématiques qui se rapportent à sa santé ou à son bien-être. Cette modalité de fonctionnement de la médecine moderne se trouve renforcée par le fait qu'elle est injonctive. Elle n'hésite pas, en effet, à dicter à la personne ce qu'elle doit être, et ce qu'elle doit faire si elle veut atteindre une plénitude d'existence. De fait, la personne se trouve assujettie à l'action de la médecine qui sape la confiance naturelle qu'elle peut avoir en ses propres capacités d'action. Elle est démise de son droit à raisonner, à affirmer une autonomie de décision, à exprimer sa singularité. Cette déprise de soi contribue à l'altération du sentiment d'exister.

Mon analyse m'amène à penser que les caractéristiques de la médecine moderne, telles que nous venons de les évoquer, modifient la conception que nous avons eue jusqu'à présent du soin en première personne. En effet, se soigner par soi-même ne consiste plus à laisser faire la nature et, le cas échéant, si la nécessité s'en fait sentir, à l'aider, en recourant aux

services d'un thérapeute. Nous devons bien voir que l'ère moderne instaure une problématique singulière où le soin en première personne est à comprendre comme l'élaboration de réponses à des pratiques instituées, à des situations engendrées par l'acteur majeur des domaines de la santé et du bien-être qu'est devenue la médecine technico-scientifique. De fait, nous devons admettre que son efficacité mais aussi ses limites, les effets produits par ses interventions, sa démarche thérapeutique, sa propension à médicaliser les existences, son inscription dans le marché planétaire des produits et des services médicaux sont autant de facteurs qui interagissent avec la capacité auto-soignante de la personne et, qui, à l'évidence, la suscitent, la sollicitent. Par voie de conséquence, l'homme moderne est, à mon sens, confronté à deux défis majeurs. Tout d'abord, il doit veiller à demeurer le premier évaluateur de son état de santé, et le seul décisionnaire quant à la conduite à tenir pour la préserver ou la restaurer. Ensuite, il doit, de sa propre autorité, agir pour s'affranchir des asservissements, des effets de désagrégation, des interférences que génèrent les activités médicales. En ce sens, se soigner par soi-même c'est élaborer des réponses pertinentes à des questions plurielles.

Cependant, il convient de s'interroger sur les moyens dont dispose, réellement, la personne pour espérer pouvoir s'affranchir des normes médicales, et exprimer, ainsi, sa singularité. Il est tout aussi légitime de se demander comment le malade chronique, par nature fragilisé, qui accepte d'être le délégué de la médecine peut être, simultanément, soignant et soigné. La possibilité de rétablissement de traits identitaires malmenés par un geste chirurgical à vocation réparatrice qui consiste à doter le patient d'un élément corporel non natif constitue une dernière source de questionnement.

Répondre de manière appropriée aux problématiques posées par la médecine technico-scientifique consiste, à mon sens, pour l'homme moderne à s'instituer en un être de pure vitalité constructive opérant dans les registres du connu et de l'inconnu, du savoir et du pouvoir, de l'accessible et de l'inaccessible, du temporel et de l'intemporel, de la répétition et de l'innovation. En ce sens, se soigner par soi-même apparaît comme une modalité

existentielle particulière qui repose sur la capacité de la personne à élaborer de l'insusité, de l'inédit lorsqu'elle a affaire aux particularismes de la médecine moderne.

Aussi, pour pouvoir étayer cette assertion, nous chercherons, tout d'abord, à cerner et à mettre en évidence les caractéristiques de la médecine technico-scientifique, à en décrire et à en mesurer les effets sur la conception du soin en première personne. Ensuite, nous tenterons de recenser les actions, à mon sens, nécessairement créatives, qui peuvent être initiées par l'homme moderne pour répondre aux défis que représentent les spécificités et le fonctionnement de la médecine, d'en examiner les modalités, et d'en analyser la portée.

1- La médecine moderne et les soins à soi-même :

A l'évidence, la médecine moderne utilise un corpus de connaissances scientifiques inégalées, à ce jour, sur les éléments constitutifs et les modalités de fonctionnement du vivant. Il permet, ainsi, d'améliorer continûment la compréhension des mécanismes d'interaction entre le vivant et son environnement et, par voie de conséquence, de caractériser les concepts de référence de l'activité médicale que sont le normal et le pathologique. Parallèlement, des techniques d'investigation sophistiquées autorisent une exploration de plus en plus approfondie de l'organisme humain. De surcroît, il est manifeste que la capacité à élaborer des stratégies thérapeutiques efficaces, l'arsenal médicamenteux et les outils chirurgicaux apportent à la médecine moderne des moyens de restaurer une santé défaillante avec une probabilité de réussite jamais atteinte. A mon sens, il s'agit là de la première caractéristique de la médecine moderne.

Mais, il faut bien avoir conscience que l'association de la connaissance et de la technique destinée à procurer un bénéfice au patient n'est pleinement efficace que si elle s'accompagne d'un art de soigner. C'est bien cette puissante combinatoire qui est mise à l'épreuve lorsqu'elle rencontre ce centre d'indétermination²⁴, au comportement, aux réactions organiques et psychiques imprévisibles, qu'est l'être vivant. Il est à remarquer que la médecine moderne n'est pas supposée connaître l'échec. En effet, on peut concevoir qu'une maladie non vaincue est, simplement, la marque de la limite temporaire du progrès médical ou le signe de l'art défaillant du médecin. Aussi, nous pouvons, me semble-t-il, considérer qu'être en capacité de proposer un traitement efficace pour n'importe quelle maladie existante n'est, pour la médecine moderne, qu'une affaire de temps. Néanmoins, nous devons concéder qu'il subsistera, toujours, une part aléatoire, liée à la pratique médicale, qui est celle de l'action de l'homme sur l'homme.

²⁴ Bergson Henri, *Matière et Mémoire*, Paris, Presses Universitaires de France, 2008, p.33.

A mon sens, la seconde caractéristique de la médecine moderne réside dans le fait qu'elle connaît une extension significative des domaines où elle intervient. Ensuite, le fait que la médecine moderne soit devenue une activité inscrite dans le marchandisage constitue, en ce qui me concerne, un troisième caractère distinctif. Il faut bien comprendre que, dans ce cas, l'impératif de rentabilité financière prédomine sur les bienfaits à apporter aux personnes. On ne doit, par conséquent, pas s'étonner que la logique économique pousse l'industrie pharmaceutique à inventer des pathologies ; ce qui traduit, il convient de le noter, une singulière conception de la santé et de la maladie. Il faut, également, souligner le fait que, désormais, étant donné que la médecine opère dans un marché planétaire de biens et de services médicaux, le client se substitue au bien-portant et au malade.

Par voie de conséquence, il apparaît bien que les possibilités ouvertes par la médecine moderne et les promesses qui y sont liées, sa vocation hégémonique, ses caractéristiques, ses modalités de fonctionnement initient avec les bien-portants et les malades de nouveaux rapports qui influencent la conception qu'une personne peut se faire de la santé, de la maladie et du soin.

Si la médecine moderne soigne les malades avec une efficacité renforcée, il faut bien admettre que sa puissance, son pouvoir prépondérant, son rôle actif au sein du marché de la santé produisent des effets singuliers sur la personne. Ainsi, la chirurgie possède une capacité de reconstruction plastique qui confronte le patient avec une problématique particulière à laquelle lui seul peut apporter des éléments de réponse. En effet, face au risque d'un ébranlement identitaire provoqué par le traumatisme initial et l'intervention chirurgicale réparatrice, c'est bien au patient de mobiliser ses propres ressources pour tenter de renouer avec lui-même.

Par ailleurs, chacun peut constater que la médecine moderne est injonctive. En instituant un devoir de santé, elle tend à s'opposer à la libre détermination d'une conduite personnalisée, à la construction patiente d'un soi par soi. La personne doit, par conséquent,

apprendre à résister aux effets produits par la médecine moderne qui visent à la déposséder de sa propre capacité à agir. Il convient de souligner que l'omniprésence de la médecine dans le champ de chaque existence individuelle et le libre accès au marché de la santé où interagissent le corps médical et l'industrie pharmaceutique brouillent les repères, bousculent, travestissent le sens du normal et du pathologique. Le sujet qui appartient à la modernité apprend, alors, à vivre dans une société où les maladies sont inventées, où le médicament sensé lui apporter un bienfait peut se révéler nuisible, où la relation avec le tiers de confiance qu'est son médecin est sapée par des intérêts sans rapport avec sa santé.

Dans un autre registre, lorsque la médecine est confrontée à l'existence de la maladie chronique, elle semble abandonner le patient. En fait, elle l'institue comme son délégataire, c'est-à-dire qu'elle lui demande de relever un double défi. Il doit, d'une part, faire face à sa pathologie comme n'importe quel autre malade, et, d'autre part, assumer la responsabilité des gestes thérapeutiques qu'il effectue sur lui-même.

Nous pouvons, en toute logique, affirmer que la personne se soigne toujours par elle-même puisque cette action est entreprise à la suite d'une décision individuelle, même si celle-ci peut être prise sous influence. On peut établir que l'action qui consiste à se soigner par soi-même a inévitablement un rapport avec la médecine puisqu'elle consiste à faire appel à elle ou, au contraire, à la mettre à distance. A l'évidence, l'attitude la plus communément adoptée par celui qui se sent, qui se sait malade est de se tourner vers un tiers de confiance, en règle générale son médecin traitant. Il en attend un diagnostic fiable, une stratégie adaptée au cas pathologique qu'il représente, une formulation d'un espoir raisonnable de guérison.

Mais, chacun peut témoigner du fait que la demande exprimée par le malade n'est pas toujours satisfaite. A l'épreuve de la maladie qui est déjà un questionnement en soi, s'ajoutent alors les affres d'un parcours médical incertain. Il semble bien, dans ce cas, que le choix d'une voie alternative à la médecine revienne pour la personne à se mettre en question. Elle a,

en effet, la responsabilité de concevoir une stratégie thérapeutique et de la mettre en œuvre, sans certitude de parvenir à une guérison.

Mais, au regard des spécificités de la médecine moderne, on peut légitimement penser que se soigner par soi-même recouvre une réalité plus complexe. A la vérité, il faut insister sur le fait que les effets produits par la médecine ne sont pas uniquement ceux qui sont normalement attendus par les malades et voulus par les thérapeutes. Ainsi, comme nous l'avons évoqué, son action réparatrice peut provoquer une déstabilisation identitaire du patient. Par ailleurs, son incapacité à guérir l'incite à proposer au malade chronique d'entrer dans un processus où il est placé en position de soignant. Enfin, son pouvoir injonctif et normatif est de nature, à mon sens, à conduire la personne à abandonner sa capacité à créer ses propres modalités existentielles et, donc, à renoncer à l'authenticité d'être elle-même.

Aussi, il me semble nécessaire d'entreprendre, de prime abord, une analyse des traits distinctifs de cette médecine moderne que nous pouvons qualifier de technico-scientifique, qui, en outre, rappelons-le, a une propension à médicaliser les existences et qui, de plus, inscrit sa pratique dans le marché planétaire des produits et des services dévolus à la santé et au bien-être. A partir des résultats de cet examen, nous serons, tout naturellement, amenés à expliciter de quelle manière la médecine technico-scientifique moderne influence la conception et la matérialisation de l'activité qui consiste à se soigner par soi-même.

1-1 Les marques distinctives de la médecine moderne :

Descartes indique, dans la lettre qu'il adresse le 31 mars 1649 à Chanut²⁵, que le premier et le plus important des biens que puisse posséder l'être humain est la santé. Si la personne admet comme principe qu'il convient de la conserver, alors la meilleure manière d'y parvenir est de recourir à la médecine. Mais, il faut bien avoir présent à l'esprit que si Descartes invoque la médecine, il ne s'agit pas de celle qu'il peut voir à l'œuvre à son époque. En effet, celle à laquelle il pense est une médecine qui est à venir, qui est à établir sur des

²⁵ Descartes René, *Œuvres et Lettres*, Paris, Gallimard, 1953, p.1330.

bases scientifiques. En l'occurrence, il s'agit bien, comme l'atteste une lettre adressée à Mersenne en janvier 1630, de : « [...] trouver une médecine qui soit fondée en démonstrations infaillibles²⁶ ». De fait, le projet de Descartes s'inscrit dans le souci d'exempter la personne de la maladie, de la combattre si elle se déclare, de préserver l'organisme de l'usure du temps ou tout au moins d'en retarder le plus longtemps possible les effets :

« [...] tout ce qu'on y sait n'est presque rien à comparaison de ce qui reste à y savoir ; et que l'on se pourrait exempter d'une infinité de maladies tant du corps que de l'esprit, et même aussi peut-être de l'affaiblissement de la vieillesse, si on avait assez de connaissance de leurs causes et de tous les remèdes dont la nature nous a pourvus²⁷ ».

Mais le dessein cartésien, à peine formulé, est appelé à être dépassé. Ainsi, dans un texte intitulé les « Merveilles naturelles, surtout celles qui sont destinées à l'usage humain », Francis Bacon se livre à une énumération surprenante par son caractère prophétique :

« Prolonger la vie,

Rendre, à quelque degré, la jeunesse,

Retarder le vieillissement.

Guérir des maladies réputées incurables.

Amoindrir la douleur.

Des purges plus aisées et moins répugnantes.

Augmenter la force et l'activité.

Augmenter la capacité à supporter la torture ou la douleur.

Transformer le tempérament, l'embonpoint et la maigreur.

Transformer la stature.

²⁶ *Ibid.*, p.915.

²⁷ *Ibid.*, p.169.

Transformer les traits.

Augmenter et élever le cérébral.

Métamorphose d'un corps dans un autre.

Fabriquer de nouvelles espèces.

Transplanter une espèce dans une autre²⁸ ».

Il est vrai qu'il est tentant de considérer ce texte, au moins en partie, comme la base programmatique de la médecine moderne. Pour moi, sa capacité à pouvoir concrétiser certains des éléments de ce projet tient aux caractéristiques que nous avons évoquées précédemment.

Ainsi, si la médecine gagne bien en efficacité en s'appuyant sur la rationalité scientifique, il n'en demeure pas moins vrai que, parallèlement, elle se déploie dans le mouvement de marchandisation des activités humaines, et qu'elle prospère sur le fond de la médicalisation des existences individuelles. Ce sont bien, à mon sens, ces spécificités qui influencent et conditionnent les relations que les bien-portants et les malades entretiennent avec la médecine moderne. C'est pourquoi, dans un premier temps, nous allons tenter de comprendre ce qu'est la médecine technico-scientifique.

A) La médecine technico-scientifique :

A l'évidence, personne n'est en mesure de contester le fait que préserver la santé des êtres humains et les guérir, lorsqu'une maladie survient, est le double objectif poursuivi par la médecine. Elle est, donc, un jeu d'interactions entre un malade qui sollicite un soin et un médecin qui répond à cette demande. Se pose d'abord la question de savoir ce qu'est véritablement la nature de cette activité dédiée au bien-être des êtres humains. Il faut, tout d'abord, rappeler que la médecine est un concept polysémique comme le souligne Canguilhem :

²⁸ Bacon Francis, *La Nouvelle Atlantide*, trad. Margaret Llasera, Paris, Flammarion, 1995, p.133.

« La médecine n'est-elle pas perçue comme science à l'I.N.S.E.R.M., au C.N.R.S., à l'institut Pasteur, comme pratique et technique dans un service hospitalier de réanimation, comme un objet de consommation et éventuellement de réclamations, dans les bureaux de la Sécurité Sociale et comme tout cela à la fois dans un laboratoire de produits pharmaceutiques ?²⁹ ».

En affirmant que la première qualification de la médecine est d'être une science, Canguilhem fait sienne la conception de Claude Bernard : « Conserver la santé et guérir les maladies : tel est le problème que la médecine a posé dès son origine et dont elle poursuit encore la solution scientifique³⁰ ». Il n'est pas niable qu'après une phase initiale, celle de l'empirisme qui consiste à observer les faits, la médecine s'est appuyée continûment sur la science pour les expliquer. La rationalité médicale sert, donc, de fondement à cet effort de compréhension des mécanismes du vivant, et elle contribue au développement des stratégies et des outils thérapeutiques : « La science médicale est celle dans laquelle nous expliquons rationnellement et expérimentalement les maladies de manière à prévoir leur marche ou à les modifier³¹ ». La médecine expérimentale est, par conséquent, la seule voie possible pour préserver la santé et guérir les êtres humains des maladies. Pour y parvenir, elle doit déchiffrer les lois qui expliquent le fonctionnement de l'organisme vivant, en comprendre les mécanismes, et les modifier en cas de nécessité. La science médicale fondée sur la raison permet, par conséquent, la maîtrise progressive du fonctionnement du vivant, et augmente, ainsi, l'efficacité d'une médecine consacrée au bienfait des êtres humains. Il est à noter que lorsqu'il conçoit la médecine comme une science portée à l'action, Claude Bernard assume une filiation avec Descartes puisque le médecin se doit de : « [...] dominer scientifiquement la nature vivante, la conquérir au profit de l'homme³² ».

Il convient, maintenant, de mettre en évidence le fait que les deux concepts fondamentaux sur lesquels repose la médecine expérimentale sont ceux du normal et du

²⁹ Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*, Paris, Vrin, 2002, p.393.

³⁰ Bernard Claude, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris, Flammarion, 1984, p.25.

³¹ Bernard Claude, *Principes de médecine expérimentale*, Paris, Presses Universitaires de France, 2008, p.76.

³² *Ibid.*, p.106.

pathologique. La structuration de la médecine expérimentale est, d'ailleurs, étroitement dépendante de cette distinction :

« [...] la médecine expérimentale doit comprendre trois parties fondamentales : la physiologie, la pathologie et la thérapeutique. La connaissance des causes des phénomènes de la vie à l'état normal, c'est-à-dire la physiologie, nous apprendra à maintenir les conditions normales de la vie et à conserver la santé. La connaissance des maladies et des causes qui les déterminent, c'est-à-dire la pathologie, nous conduira, d'un côté à prévenir le développement de ces conditions morbides, et de l'autre à en combattre les effets par des agents médicamenteux, c'est-à-dire à guérir les maladies³³ ».

Par conséquent, la connaissance de ce qui constitue la normalité du vivant est la condition nécessaire pour espérer conserver la santé. Ainsi, l'analyse des phénomènes physico-chimiques qui transgressent ce qui est considéré comme la normalité, leur compréhension, la détermination et la mise en œuvre de thérapeutiques adaptées contribuent à la restauration d'une santé altérée. Aussi, l'institution de la médecine expérimentale, avec notamment la constitution du laboratoire, traduit l'émergence d'une science déterministe qui a pour ambition d'appréhender les causalités physico-chimiques à l'œuvre dans l'organisme.

Pour Claude Bernard, la pathologie est à comprendre comme une modification qui affecte la physiologie, et dont il s'agit d'appréhender les conditions d'apparition pour pouvoir agir. Par conséquent, la tâche de la médecine expérimentale est de procéder à la recherche des causes explicatives de l'existence des phénomènes observés, de déterminer les lois qui les régissent afin de pouvoir les prévoir, et d'exercer une double action sur les mécanismes du vivant : les soustraire à ce qui les perturbe, les rendre à leur état initial lorsqu'ils ont subi des altérations.

Claude Bernard postule que les phénomènes du vivant sont intrinsèquement déterminés, c'est-à-dire que les mêmes causes produisent toujours des effets identiques, qu'il

³³ Bernard Claude, *Introduction à l'étude de la Médecine expérimentale*, op.cit., p.25-26.

est possible de les connaître, et que la médecine, dans sa progression, est amenée à devenir une science de plus en plus certaine. Dès lors, mettre en évidence les éléments explicatifs d'un phénomène physiologique pour pouvoir se donner la capacité d'agir sur lui ne peut se faire que par la mise en œuvre d'une démarche scientifique fondée sur la raison. Si l'exercice de la science médicale consiste à expliquer expérimentalement et rationnellement les états pathologiques pour les circonscrire, alors, il consacre l'émergence du rationalisme en médecine :

« En proclamant l'essentielle identité de l'état normal et de l'état pathologique de l'organisme, on pouvait légitimement prétendre déduire une technique de restauration d'une connaissance des conditions d'exercice. Le statut expérimental de cette science, à l'image de celui de la physique et de la chimie qu'elle prenait pour auxiliaires, non seulement ne s'opposait pas mais, au contraire, invitait à former le projet d'une nouvelle médecine fondée en raisons. Le terme de rationalisme surgissait alors de toutes parts pour caractériser cette médecine de l'avenir³⁴ ».

Il convient de remarquer que c'est dans sa démarche thérapeutique que la médecine est amenée à expérimenter la pertinence des stratégies et des solutions qu'elle propose.

La question qui se pose, alors, est de déterminer les éléments constitutifs de la scientificité de la pratique médicale. Pour y répondre, nous nous appuierons sur l'analyse de Canguilhem :

« La preuve de la scientificité d'une pratique c'est qu'elle fournit un modèle de solutions et qu'elle déclenche une contagion d'efficacité. Ce fut le cas de la multiplication des sérums et des vaccinations. Une seconde preuve de scientificité c'est l'auto-dépassement de la théorie vers quelque autre qui rend compte des restrictions de validité de la précédente. C'est en provoquant la constitution de l'immunologie que la bactériologie a fourni la preuve de sa scientificité militante, dans la mesure où l'immunologie se présente non seulement comme

³⁴ Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*, op.cit., p.393.

l'élargissement et l'affinement des pratiques médicales pastoriennes mais comme une science biologique autonome³⁵ ».

La scientificité de la médecine se caractérise, donc, par le fait de fournir un choix d'options possibles pour résoudre un problème de santé, de générer un niveau d'efficacité mesurable, de dépasser la validité des théories précédentes. Ainsi, un certain nombre de facteurs ont signé et garanti la scientificité de l'immunologie parvenue à la conscience de son projet spécifique. Le premier élément a été sa capacité de progrès incarnée par des découvertes non préméditées, et par des reprises conceptuelles d'intégration, avec, comme exemple, la découverte par Karl Landsteiner, dans le domaine sanguin, du système ABO. Le deuxième élément réside dans la cohérence des résultats de la recherche. L'immunologie a ainsi pu attribuer le nom de système à son objet. Par ailleurs, les moyens « à efficacité toujours plus scientifiquement garantie³⁶ » utilisés par la clinique constituent, également, un élément de la scientificité de la médecine. Un dernier facteur permet de reconnaître un caractère de scientificité à l'acte médical. Il s'agit de : « la substitution symbolique du laboratoire d'examens au cabinet de consultation³⁷ ».

A l'évidence, la médecine moderne poursuit toujours l'édification d'un corpus de connaissances scientifiques qu'elle mobilise et qu'elle utilise dans le but de prévoir, prévenir, contenir, réduire, éliminer les maladies. On peut dire que le processus d'autoconstitution de la raison médicale se matérialise dans une pratique qui se veut scientifique. De fait, une démarche rationnelle dans l'ordre de la connaissance ou de l'action est légitimée par une validation en regard de critères qui peuvent être eux-mêmes reconnus comme acceptables dans une approche critique. Ainsi, une proposition est douée de sens si, et seulement si, il est possible de déterminer par des tests appropriés, à caractère empirique, si elle est vraie ou fausse. C'est bien l'expérience qui doit apporter à une proposition supposée comporter du sens, un degré de confirmation, et, dans le domaine de l'action, c'est la dimension

³⁵ *Ibid.*, p.422.

³⁶ Canguilhem Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France, 2007, p.153.

³⁷ Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*, *op.cit.*, p. 418.

instrumentale qui met en jeu une technique en adaptant des moyens à des fins préalablement fixées.

Mais, force est de constater que cette approche n'est pas pleinement applicable en médecine. En effet, le corpus de connaissances scientifiques établi par la médecine ne constitue pas une théorie unifiée. Certes, il possède une valeur opératoire qui est immédiatement applicable pour comprendre la pathologie du malade et tenter de restaurer son état antérieur. Mais son efficacité reste étroitement subordonnée à la singularité de la personne, à ses réactions physiologiques et psychologiques.

A l'évidence, l'exercice de la médecine moderne ne peut pas s'opérer sans l'existence et l'exploitation quantitative de données relatives aux pathologies. C'est, en effet, le calcul de la fréquence d'apparition et de propagation des maladies infectieuses qui a favorisé l'introduction de la quantification, en médecine :

« Les médecins commencent à prendre conscience d'une contrainte d'ordre épistémologique déjà reconnue en cosmologie et en physique : pas de prévision sérieuse possible sans traitement quantitatif des données initiales³⁸ ».

Lorsque l'on qualifie la médecine moderne de factuelle, on indique, ainsi, qu'elle est fondée sur les preuves, et qu'elle affiche comme ambition d'appréhender mathématiquement ses techniques et ses résultats. Elle vise, donc, une rationalisation de l'acte médical par l'utilisation prioritaire du diagnostic biologique et des systèmes experts, au détriment de l'intuition. Elle s'appuie, ainsi, sur la pratique des essais cliniques multicentriques randomisés³⁹. L'étude randomisée devient, par conséquent, l'élément constitutif de la preuve.

Or, une telle approche a nécessairement une portée limitée. En effet, elle permet uniquement de dire que tel traitement a tel bénéfice, a tel effet secondaire indésirable dans tel

³⁸ *Ibid.*, p.418.

³⁹ C'est un essai dans lequel les volontaires sont affectés au hasard (en différents groupes par tirage au sort, par randomisation) à l'un des traitements.

pourcentage de cas, situé dans tel intervalle de confiance. Il va de soi que ces observations ne sont valables que pour le seul groupe de personnes qui est l'objet du test considéré. Par conséquent, appliqué à une personne donnée, le traitement, objet de l'essai randomisé, peut s'avérer être partiellement efficace ou, même, totalement inefficace. Dans ce cas, seule une probabilité de bénéfice thérapeutique peut, à mon sens, être invoquée.

Il faut souligner, également, que la médecine factuelle repose sur le postulat de l'identité entre les patients sujets de l'étude, et les futurs patients sujets de l'application des résultats de l'étude. Elle fournit, donc, une valeur indicative sur l'efficacité du traitement administré au patient compte-tenu de la connaissance des risques encourus. Dans cette approche, chaque personne est identique à la moyenne algébrique des caractéristiques humaines. Par voie de conséquence, le futur patient incarne cette moyenne ; et, de fait, il disparaît en tant qu'être singulier.

Il est, certes, indéniable que l'utilisation des mathématiques contribue à établir la scientificité de l'épidémiologie ; mais, l'outil statistique ne permet, en aucun cas, une prise en compte des variabilités de différentes natures à l'œuvre dans les états de santé et dans les pathologies. En conséquence, il faut bien voir que des conflits d'intérêts entre l'observation clinique et la démonstration expérimentale peuvent surgir. De toute évidence, l'existence d'un risque statistique, aussi important soit-il, ne permet pas une évaluation précise des chances de survie d'une personne.

Il convient d'observer que la médecine moderne explique les phénomènes pathologiques par ce que l'on appelle des schémas causals, au nombre desquels nous pouvons citer les maladies infectieuses et les maladies auto-immunes. Ces schémas causals peuvent donner lieu à une combinatoire ; dans ce cas, plusieurs causes engendrent un désordre organique qui génère des signes, des symptômes qui traduisent la présence d'une pathologie et son degré d'évolution. De fait, l'intérêt des schémas causals est de favoriser :

« [...] l'unification des phénomènes [...] par des structures cognitives hiérarchisées qui permettent d'expliquer en subsumant des maladies particulières sous des concepts généraux fondés sur des mécanismes communs⁴⁰ ».

Mais, il est à souligner que le modèle déductif n'a pas de valeur opératoire pour expliquer une maladie ; car, en médecine, les lois générales n'ont pas d'existence. C'est pourquoi fumer n'implique pas le développement d'un cancer et vice-versa. En outre, les corrélations statistiques n'ont pas de force explicative. En effet, dans une pathologie, interagissent des facteurs multiples qui possèdent un caractère opératoire pour un patient singulier. Ainsi, la présence d'un diabète chez un malade est l'expression d'une interaction complexe entre des éléments aussi variés que les caractères héréditaires, la surcharge pondérale, les habitudes nutritionnelles, le niveau d'activité physique. Par ailleurs, le chemin de l'expérimentation dans le domaine du vivant est jalonné d'obstacles au rang desquels se trouvent la spécificité d'espèce, l'individuation, le fait que l'organisme soit une totalité, l'irréversibilité des phénomènes organiques. De fait, les essais cliniques comportent leurs propres limites, dans la mesure où ils s'appliquent à des personnes singulières. En médecine, à l'évidence, aucune expérience n'est jamais parfaitement reproductible.

On peut, également, souscrire, à mon sens, à l'idée que la pratique médicale est empreinte de rationalité. En effet, à travers le diagnostic, le thérapeute explique un fait pathologique à partir de l'exploration de différentes hypothèses examinées sous l'angle de leur plausibilité. Il cherche bien l'adéquation des conséquences qu'implique telle ou telle hypothèse avec les manifestations de la pathologie observées chez le malade. C'est bien la hiérarchisation des observations empiriques qui permet progressivement de choisir et de tester les différentes hypothèses. Mais, en médecine, il est quasiment impossible de privilégier une cause, à la fois nécessaire et suffisante, unique et toute puissante qu'il suffit de supprimer pour parvenir à la guérison. En fait, un constat s'impose : la médecine moderne utilise une

⁴⁰ Lecourt Dominique (sous la direction de), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses Universitaires de France, 2004, p.438.

conception multifactorielle et probabiliste de la causalité⁴¹. Ainsi, en présence d'un tableau clinique singulier, le médecin procède à une approche probabiliste qui matérialise le fait que la décision médicale est en prise avec l'incertitude de toute situation pathologique.

On peut, donc, dire que la confrontation entre les probabilités et les tests diagnostiques caractérise la rationalité de la clinique qui est le fruit de processus évolutifs liés à l'approfondissement des connaissances, au perfectionnement des techniques et des outils d'investigation, comme le souligne Canguilhem :

« La connaissance actuelle des maladies somatiques est l'aboutissement, sans doute provisoire, d'une succession de crises et d'inventions du savoir médical, de progrès concernant les pratiques d'examens et l'analyse de leurs résultats, ayant pour effet de contraindre les médecins à déplacer le siège et à réviser la structure de l'agent pathogène, et par suite à changer la cible de l'intervention réparatrice. Corrélativement ont été déplacés les lieux d'observation et d'analyse des structures organiques suspectées, en fonction d'appareils et de techniques propres ou empruntées. C'est ainsi que les maladies ont été successivement localisées dans l'organisme, l'organe, le tissu, la cellule, le gène, l'enzyme. Et on a travaillé à les identifier successivement en salle d'autopsie, en laboratoire d'examens physiques (optique, électrique, radiologique, scannographique, échographique) et chimiques ou biochimiques⁴² ».

En cas de nécessité, le médecin cherchera une confirmation de son hypothèse dans un ancrage objectivant à l'aide des techniques d'analyses biologiques et d'imagerie médicale.

Il est clair, pour moi, que la recherche rationnelle des causes d'une pathologie permet un agencement de la multiplicité des observations empiriques effectuées en clinique, et une maîtrise de la maladie, par l'ouverture de perspectives thérapeutiques. On peut, donc, considérer, à mon sens, que la démarche du praticien est rationnelle dans la mesure où il

⁴¹ Il est à noter que dans les maladies génétiques autres que monogéniques, l'aspect multifactoriel prédomine. Des événements génétiques interagissent avec des facteurs environnementaux aussi variés que l'alimentation, le tabagisme, la qualité de l'air, la sédentarité, le stress, les chocs psychologiques.

⁴² Canguilhem Georges, *Ecrits sur la médecine*, Paris, Le Seuil, 2002, p.36-37.

procède à une évaluation, une validation ou un rejet des hypothèses formulées en fonction des observations faites sur le patient, et des caractéristiques connues et répertoriées des maladies.

Si la rationalité médicale repose sur les connaissances scientifiques disponibles à un moment donné pour aborder et traiter chaque maladie, il n'en demeure pas moins vrai qu'elle se mesure au niveau d'efficacité qu'elle produit. Or, la sûreté du diagnostic, l'utilisation d'un traitement, d'une technique médicale adaptée au cas pathologique ne suffisent pas à garantir un succès thérapeutique. Il s'avère, en effet, que le cas clinique peut présenter une résistance ; ce qui contribue, par conséquent, à augmenter le degré d'incertitude quant à la guérison. Le médecin ne peut, alors, que recenser les paramètres objectifs relatifs à la situation pathologique du patient et les inscrire dans une probabilité d'évolution qu'il situe dans un horizon temporel déterminé. Cette démarche met en évidence le caractère transitoire du résultat susceptible d'être obtenu. En effet, même si l'organisme du malade retrouve un fonctionnement en apparence normal, le médecin n'en surveillera pas moins l'apparition de la trace pathologique, signe manifeste du retour de la maladie.

Si la médecine incarne bien une rationalité opérationnelle qui s'exprime dans un savoir et dans des actions, il n'en demeure pas moins vrai qu'elle a affaire à un être singulier porteur d'incertitudes. De ce fait, il est manifeste qu'elle connaît des limites intrinsèques qui, à mon sens, conduisent à la qualifier de rationalité restreinte. Aussi, on peut légitimement se demander si l'essor de la pharmacogénétique qui permet, à partir de la détermination des caractéristiques génétiques individuelles, d'identifier des marqueurs de prédisposition aux maladies, et de prédire les réactions individuelles aux médicaments ne traduit pas un nouvel effort de la médecine moderne pour appréhender la singularité de la personne, et la réduire dans la rationalité médicale.

Il convient, à mon sens, de mettre en exergue le fait, qu'à notre époque, la médecine ne peut pas ignorer l'existence d'une rationalité d'opinion construite, développée par des malades potentiels ou réels qui, manifestant une confiance irraisonnée dans le progrès de la

science médicale, formulent des exigences de plus en plus impérieuses quant aux innovations techniques et aux traitements :

« Il apparaît ainsi que la puissance de la rationalité en haut, chez les détenteurs du savoir et chez ceux qui l'appliquent, est, dans chaque société, sous la dépendance de la rationalité d'en bas, dans l'opinion de ceux qui sont charnellement concernés par de nouvelles avancées en thérapeutique⁴³ ».

Mais, c'est, à mon sens, oublier que les acquis de la médecine moderne ne sont jamais définitifs puisqu'ils sont réversibles. Ainsi, la communauté médicale est confrontée au retour de maladies infectieuses qu'elle pensait, légitimement, avoir vaincues. Par ailleurs, chacun sait que le progrès médical connaît des échecs qui se veulent, certes, temporaires quant à la connaissance des causes de certaines maladies, et à l'élaboration des moyens thérapeutiques nécessaires à l'obtention des guérisons.

Néanmoins, il n'en reste pas moins vrai que le corpus des connaissances scientifiques, dans le domaine médical, s'enrichit régulièrement et méthodiquement. Aussi, cet état de fait suscite, pour moi, des exigences particulières quant à la pratique thérapeutique ; ne serait-ce que l'acquisition d'un surcroît d'expérience pour pouvoir œuvrer dans un univers saturé de ressources en tous genres, et pour savoir les utiliser avec discernement. Il s'agit, en effet, dans le souci d'un bon exercice de la médecine, de mobiliser les seuls éléments thérapeutiques nécessaires au malade. Cette disposition est, d'ailleurs, constitutive de l'art médical :

« La médecine est un art, c'est évident ; elle est une science, c'est également incontestable. En effet, dans toutes les connaissances humaines, il y a à la fois de la science et de l'art. La science est dans la recherche des lois des phénomènes et dans la conception des théories ; l'art est dans l'application, c'est-à-dire dans une réalisation pratique en général utile à l'homme qui nécessite toujours l'action personnelle d'un individu isolé⁴⁴ ».

⁴³ Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*, op.cit., p.401.

⁴⁴ Bernard Claude, *Principes de médecine expérimentale*, op.cit., p.175.

Ainsi, il apparaît bien que, pour être en mesure de préserver la santé d'un être humain et guérir un malade, le médecin se doit de posséder l'art d'utiliser les apports de la science. Si celle-ci se conçoit comme une modalité du connaître visant ce qui est universel, nécessaire et non sujet au changement, l'art est une disposition qui s'applique à des choses contingentes et individuelles et qui vise à modifier une réalité existante.

L'art du thérapeute possède, par conséquent, une caractéristique qui lui appartient en propre : « L'art médical, dans son essence, se définit bien plutôt par le fait que son pouvoir de fabriquer est pouvoir de rétablir⁴⁵ ». On peut considérer que l'art médical opère dans le registre de la nature dont il s'agit de restaurer un état dégradé, à la différence de la technique qui se consacre à la fabrication d'artifices. Par la mobilisation des ressources de son art, le médecin tente de rétablir une santé altérée, et, donc, d'accompagner le malade sur le chemin d'une guérison qui n'est, de fait, il convient de le rappeler, jamais assurée. Si, à l'évidence, le thérapeute se doit de disposer de connaissances scientifiques et techniques, son art réside dans l'utilisation à bon escient de qualités intrinsèques comme l'intuition, la capacité à opérer des discriminations dans l'ordre phénoménal. Elles lui sont d'autant plus nécessaires qu'il est confronté, comme nous l'avons déjà évoqué, à un être singulier, meurtri, souffrant, au comportement évolutif et aux réactions imprévisibles.

Mais, pour moi, ce n'est pas tout. En effet, une bonne pratique de l'art médical doit, nécessairement, prendre en considération le malade :

« Il [le médecin] a en outre des devoirs d'humanité à remplir, mais qui alors ne sont plus du ressort de la science. Le vrai médecin doit, comme on l'a dit, guérir quand il peut, soulager quand il ne peut guérir et consoler quand il ne peut ni guérir ni soulager⁴⁶ ».

Disposer de connaissances, les mobiliser avec discernement, maîtriser un geste technique sont, certes, des éléments nécessaires, mais ils ne suffisent pas à garantir une bonne efficacité

⁴⁵ Gadamer Hans-Georg, *Philosophie de la santé*, trad. Marianne Dautrey, Paris, Editions Grasset & Fasquelle et Editions Mollat, 1998, p.44.

⁴⁶ Bernard Claude, *Principes de médecine expérimentale*, op.cit., p.33.

de la médecine. En effet, le thérapeute doit être capable de déployer un savoir-faire incarné par une manière d'administrer les soins. Cette qualité naturelle qui consiste à savoir prendre soin du malade appartient en propre au thérapeute qui la module, au cas par cas, en fonction de la singularité du patient qu'il a en face de lui.

En ce qui me concerne, il convient d'admettre que si le recours à l'action physico-chimique des substances médicamenteuses sur l'organisme ou à une intervention technique contribuent à la guérison, il existe, aussi, des éléments tout aussi importants comme le fait pour le médecin d'inspirer de la confiance au patient, et de s'assurer de sa collaboration active. Mais, il n'en demeure pas moins vrai que la relation thérapeutique est marquée par le caractère prégnant de la singularité du patient, et par sa puissance expressive. En effet, le malade souffre, éprouve de l'angoisse, exprime des craintes, de l'espoir. A cela, le médecin oppose un regard qui se veut objectif sur la pathologie. Par conséquent, on voit bien que la relation thérapeutique est fondée sur deux éléments qui coexistent de manière irréductible : la subjectivité du patient et l'approche technico-scientifique de la pathologie par le corps médical.

Or, il me semble que le thérapeute, soucieux d'efficacité, ne peut pas occulter le fait qu'il se doit, aussi, de participer à la révélation du sens de l'épreuve que traverse le patient. En outre, c'est bien lui qui est à même de montrer au malade la voie d'une guérison qui demeure, il faut, à nouveau, le rappeler, empreinte d'incertitude. Mais, nous sommes forcés d'admettre que les relations que peuvent entretenir les thérapeutes et leurs patients reposent, de nos jours, sur une spécificité inédite.

B) La médicalisation de l'existence :

En effet, il apparaît que l'ère moderne se caractérise par un phénomène sociétal particulier : la médicalisation des existences individuelles. Il illustre le fait que la médecine sort du rôle qui lui est traditionnellement imparti. En effet, elle ne se contente plus de prévoir, de prévenir et de guérir les maladies avec une efficacité qui augmente au fil du temps. En fait,

on peut observer que la médecine technico-scientifique procède à un élargissement constant de son champ d'action. Aussi, il convient de mettre en évidence le fait que, parallèlement à l'intérêt qu'elle porte aux pathologies et à la mise en œuvre des moyens qui visent à restaurer la santé du malade, elle constitue de nouveaux objets qui favorisent ses investigations.

C'est ainsi que, tout naturellement, elle en vient à médicaliser l'existence même de la personne. On peut considérer que cette action se présente comme un processus dynamique qui vise à élargir le champ d'application de la raison médicale à des domaines qui ne relevaient pas, jusqu'à présent, de celle-ci. Par voie de conséquence, la médicalisation des existences se définit comme la mise en œuvre de processus particuliers par lesquels, une société, à un moment donné de son histoire, institue un objet, une pratique comme appartenant au domaine de la médecine. Il est à noter que cette amplification du rôle de la médecine technico-scientifique incite certains analystes à considérer que se dessine le spectre d'une santé totalitaire⁴⁷.

Mais, venons-en à présent à la question du fondement de ce processus qui consiste à médicaliser l'existence de la personne. Il semble bien, à l'examen, qu'il se développe sur la crise des valeurs qu'elles soient morales, religieuses ou sociétales que traverse le monde moderne. En effet, on peut concevoir que cette situation provoque à l'évidence, chez les personnes, une perte des points de repères, une dilution, voire une disparition du sens de l'existence. C'est bien, à mon sens, dans l'affaiblissement des institutions morales, religieuses et politiques, dans la distorsion des liens familiaux que la médicalisation trouve un terrain favorable à son expansion.

Tout naturellement, le médecin devient, alors, le confident, le confesseur, le maître à penser des personnes à la recherche du bien-être. En conséquence, on voit bien que cette situation de crise favorise la constitution de nouveaux objets médicaux ; ce qui contribue, par ailleurs, à modifier le rôle traditionnellement dévolu au médecin. S'il s'avère difficile de

⁴⁷ Gori Roland et Del Volgo Marie-José, *Exilés de l'intime*, Denoël, Paris, 2008, p.39.

vérifier que la médecine est chargée de spiritualité, qu'elle incarne des valeurs éthiques, qu'elle est productrice de sens pour des personnes dans l'errance existentielle, il n'en demeure pas moins vrai qu'elle est porteuse de l'une des valeurs refuges les plus fortes de la société moderne : la santé. Notons qu'elle invite, d'ailleurs, implicitement la personne à ne pas dilapider ce précieux capital et à en prendre soin.

De plus, nul n'est en mesure de contester le fait que la médecine moderne bénéficie d'une légitimité scientifique. Elle se situe, en effet, comme nous l'avons vu, dans un mouvement d'approfondissement des connaissances des mécanismes du vivant et de perfectionnement des techniques, des outils d'investigation et d'intervention sur le corps humain. En conséquence, nous devons reconnaître que le développement continu des technosciences biomédicales offre des possibilités d'action inégalées à ce jour ; ce qui induit inévitablement, à mon sens, l'idée de l'inexistence d'une limite objective au progrès médical. Il me semble, donc, que la vision idyllique et mythique que les personnes ont de la médecine, de ses prouesses et de ses promesses dans un monde désenchanté contribue, dans l'imaginaire collectif, à accentuer le poids de la médicalisation des existences.

C'est pourquoi on ne doit pas s'étonner qu'elle devienne l'instance capable de répondre à toutes les sollicitations de la personne et de la société. Elle s'institue, alors, comme le pouvoir de comprendre et de faire disparaître ce qui constitue une entrave au bien-être individuel. La médicalisation des existences est, ainsi, le moyen de gommer, par exemple, la peur de la souffrance, du vieillissement, de ne plus pouvoir vivre dignement, de mourir. Par voie de conséquence, on peut, dans la mesure où la médicalisation des existences constitue la réponse à tout problème existentiel, souscrire à la caractérisation foucauldienne d'un état médical ouvert :

« On pourrait affirmer à propos de la société moderne dans laquelle nous nous trouvons que nous vivons dans des « Etats médicaux ouverts » dans lesquels la médicalisation est sans limites⁴⁸ ».

En outre, il apparaît bien que le processus de la médicalisation des existences concerne toutes les personnes. En effet, il est aisé de constater que si la médecine traite les pathologies et a, ainsi, affaire aux malades, elle prend, également, en charge les biens portants à travers des domaines aussi variés que la contraception, l'avortement, la procréation médicalement assistée, le diagnostic préimplantatoire, les conseils génétiques, le changement de sexe, la chirurgie esthétique, le sport, la lutte contre le vieillissement. Mais, il faut bien voir que l'extension du champ de la médecine et, par conséquent, des activités du corps médical trouve une légitimité dans l'expression même de la demande de la personne qui n'est désormais :

« Ni toujours capable de composer avec le temps, celui de sa maladie et celui du traitement. Ni toujours réellement malade, parfois seulement mal-portant, ne voulant plus, ne pouvant plus porter son mal-être, sa disgrâce, réelle ou supposée, demandant à la société l'effacement de l'anomalie, la guérison comme un dû⁴⁹ ».

On comprend, aisément, dans ces conditions, que la médecine soit désormais compétente, ou, tout au moins, ait son mot à dire pour traiter l'anomalie et l'échec existentiel qui sont vécus par les personnes comme autant de traumatismes, dans une société où la réalisation de soi est devenue une valeur cardinale. Il n'est pas non plus surprenant de constater que la médecine technico-scientifique intervient, également, par des actes d'autorité à portée normalisatrice qui échappent à une sollicitation directe de la part des personnes. En effet, le corps social formule et émet des demandes de prise en charge qui sont, ensuite, traitées et satisfaites par le corps médical. Pour illustrer ce propos, il suffit d'évoquer le simple exemple de la visite médicale avant l'embauche d'un salarié.

⁴⁸ Foucault Michel, *Dits et écrits 1954-1988*, Paris, Gallimard, 1994, p.53.

⁴⁹ Hubinois Philippe, *Petite philosophie de la chirurgie*, Paris, Éditions Michalon, 2006, p.219.

Il est à noter que ce que nous pouvons qualifier de normalisation autoritaire est en progression constante. Ainsi, dans le cadre de l'octroi de prêts bancaires, les assureurs utilisent les tests génétiques pour fonder la tarification des risques sur des données qui se veulent objectives relatives à la santé de leurs clients. Des employeurs se servent de tests génétiques de prédisposition ou pré-symptomatiques pour opérer la sélection des candidats à un poste de travail, gérer le déroulement de carrière des salariés, anticiper l'absentéisme, les baisses de productivité, et contribuer ainsi à la rentabilité de leurs entreprises.

A l'évidence, la médecine moderne se prête à des pratiques qui vont à l'encontre du droit fondamental des personnes à la non discrimination en raison de leur état de santé et à la protection de leur vie privée. A mon sens, il est légitime de penser que l'interventionnisme de la médecine technico-scientifique accoutume la personne à la présence du corps médical dans des domaines où elle n'était pas, jusqu'à présent, requise. Il convient, aussi, de souligner que la médecine moderne travaille à la réduction du déficit hédoniste en apportant sa contribution au façonnage de l'esthétique corporelle, à l'exercice d'une sexualité épanouie, à l'inscription de la personne dans le dynamisme existentiel et, plus globalement, à l'atteinte de la performance.

Dès lors, il apparaît bien que l'un des traits majeurs de la médecine moderne est de ne plus avoir de domaine d'intervention qui lui soit extérieur :

« Dans la situation actuelle, ce qui est diabolique, c'est que lorsque nous voulons avoir recours à un domaine que l'on croit extérieur à la médecine, nous nous apercevons qu'il a été médicalisé. Et quand on veut objecter à la médecine ses faiblesses, ses inconvénients et ses effets nocifs, cela se fait au nom d'un savoir médical plus complet, plus raffiné et plus diffus⁵⁰ ».

Ainsi, il est tout à fait significatif de pouvoir constater que la médecine technico-scientifique contribue, par exemple, à la standardisation des comportements humains en utilisant des

⁵⁰ Foucault Michel, *Dits et Ecrits 1954-1988, op.cit.*, p.51.

référentiels pour définir les maladies psychiatriques⁵¹. Nul doute que l'objectif poursuivi est bien de déterminer des normes de comportements et, par voie de conséquence, de révéler et de matérialiser l'existence d'attitudes atypiques. La déviance attestée est, alors, assimilée à une pathologie justiciable d'un traitement médical. Ainsi, la phobie sociale, le trouble explosif intermittent, le déficit de l'attention, l'hyperactivité, les troubles bipolaires chez l'enfant sont autant de pathologies qu'il convient, pour la médecine moderne, de soigner. Il est à remarquer que la prescription de substances médicamenteuses se fait, alors, non pas à partir du diagnostic d'une maladie, mais en fonction de traits comportementaux.

Des attitudes comme la colère, la désobéissance se rencontrent fréquemment chez les enfants et les adolescents. Selon leur fréquence, leur intensité, elles peuvent être interprétées soit comme une affirmation identitaire de l'enfant ou de l'adolescent, soit comme la résultante de difficultés d'ordre familial ou social. Or, pour certains praticiens, l'origine de ces comportements est plutôt à rechercher dans un dysfonctionnement physiologique. En conséquence, ils préconisent une médicalisation de ces comportements qualifiés de déviants. A titre d'exemple, le méthylphénidate qui est une molécule⁵² utilisée pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'enfant de plus de six ans, est, selon ce principe, administré à des écoliers qui présentent un comportement agité ou dispersé. Aussi, la question légitime que l'on est, à mon sens, en droit de se poser est de savoir si un enfant hyperactif a nécessairement besoin d'une molécule chimique pour modifier son comportement.

Il est à souligner que la voie médicamenteuse se substitue, à l'évidence, à l'approche thérapeutique basée sur la relation. Par voie de conséquence, elle ne permet pas de

⁵¹ Le plus connu est le D.S.M. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Le nombre de troubles du comportement recensés dans ce référentiel est en augmentation constante. Si le DSM I en comptait une centaine en 1952, le DSM III, en 1980, en dénombrait 265 et, le DSM IV, dans sa dernière version, en comptabilisait plus de 390. La cinquième version de ce répertoire des maladies mentales, prévue pour 2013, devrait comporter 430 troubles du comportement.

⁵² Elle est commercialisée sous le nom de Concerta et de Ritaline. Elle aide les enfants à mieux fixer leur attention ; ce qui lui a valu le qualificatif de "pilule de l'obéissance".

comprendre ce que l'enfant exprime à travers son attitude. Elle ne favorise pas non plus, pour moi, la révélation du sens des troubles rapporté à la propre histoire de l'enfant. On peut, donc, légitimement en déduire que, dans ce cas, le processus de médicalisation s'oppose à la construction de la personnalité de l'enfant qui repose sur la désobéissance, l'opposition, le refus lorsqu'il est confronté aux exigences de ses parents et/ou du corps enseignant. En fait, on peut penser que la seule vertu de l'absorption d'un médicament par l'élève turbulent est d'assurer au personnel éducatif des journées sans cri, sans heurt, sans trouble.

On voit bien, à travers cet exemple, que la médecine technico-scientifique se substitue à l'éducation, et se transforme en un instrument de contrôle et de régulation sociale. Il est frappant de constater que ce rôle inusité de la médecine est d'autant plus puissamment exercé qu'il bénéficie de soutiens actifs au rang desquels figure la famille :

« [...] maintenant les parents sont à l'égard des enfants dans une position qui est presque toujours médicalisante, psychologisante, psychiatisante. Devant la moindre angoisse de l'enfant, la moindre colère ou la moindre peur : que se passe-t-il, que s'est-il passé, est-ce qu'on l'a mal sevré, est-il en train de liquider son oedipe ? Tous les rapports sont ainsi parasités par la pensée médicale, le souci médical [...] »⁵³.

Hier, la santé, réputée bonne, correspondait à une appréciation qualitative fournie par une personne qui s'appuyait sur les sensations de son corps, et sur l'idée qu'elle se faisait du fonctionnement de son organisme. Être en bonne santé consistait, alors, selon le mot de René Leriche, à vivre « dans le silence des organes ». Aujourd'hui, la caractérisation de la santé d'une personne est plutôt contenue dans le discours que lui tient son médecin après avoir effectué un bilan. A la vérité, la santé s'apprécie à partir de la lecture des paramètres biologiques de la personne et de l'interprétation de leurs valeurs. Ainsi, le sujet qui manifeste les signes statistiques d'une augmentation anormale de la cholestérolémie⁵⁴ n'éprouve rien quant à cet état. Son organisme ne se manifeste pas bruyamment. Néanmoins,

⁵³ Foucault Michel, *Dits et Ecrits 1954-1988, op.cit.*, p.373.

⁵⁴ Il s'agit du taux de cholestérol dans le sang.

imperceptiblement, il a perdu sa qualité de sujet en bonne santé. Son organisme affiche un paramètre biologique qui ne se situe plus dans la norme admise.

Aussi, nous ne devons pas nous étonner que la question des normes soit devenue centrale dans l'approche médicale moderne. Ce constat est d'autant plus significatif pour notre propos qu'une analyse attentive permet d'établir que le processus de médicalisation utilise, habilement et à son profit, la plasticité de la norme. Force est de constater que la variation des seuils de normalité, la modification des normes biologiques permettent, en effet, une augmentation corrélative du nombre de personnes concernées par les nouvelles définitions des risques et, donc susceptibles d'entrer dans le champ de la médicalisation, par la voie de la prévention.

Nous pouvons illustrer cette problématique en utilisant l'exemple simple du concept de pré-hypertension artérielle. Rappelons, tout d'abord, que la tension artérielle d'une personne, telle qu'elle est annoncée par le médecin, est indiquée par deux nombres qui correspondent à la mesure de la pression systolique⁵⁵ et de la pression diastolique⁵⁶ exprimée en centimètres de mercure (cm Hg) ou en millimètres de mercure (mm Hg). Ainsi, lorsque le médecin énonce une tension de 13/5 cela signifie une pression systolique de 13 cm Hg et une pression diastolique de 5 cm Hg. La tension d'une personne est considérée comme normale si la pression systolique est inférieure à 140 mm Hg et la pression diastolique inférieure à 90 mm Hg. Au-delà de ces valeurs, la personne est en état d'hypertension artérielle ; ce qui est constitutif d'une pathologie.

Au début des années 2000, des experts nord-américains de la santé ont introduit le concept de pré-hypertension artérielle⁵⁷. Ils voulaient signifier par là qu'une pression artérielle qui se trouve dans les limites supérieures de la norme est associée à un risque cardio-

⁵⁵ Elle indique la pression maximale au moment de la contraction du cœur.

⁵⁶ Elle donne la pression minimale au moment de la décontraction du cœur.

⁵⁷ Cet état correspond à une pression systolique comprise entre 120-139 mm Hg et une pression diastolique se situant entre 80 et 89 mm Hg.

vasculaire accru. En conséquence, le médecin, confronté à un tel cas de figure, se doit de considérer qu'il est nécessaire de mettre en œuvre des mesures préventives basées sur une stricte observance de règles d'hygiène de vie et d'y adjoindre, le cas échéant, un traitement antihypertenseur ; même si, soulignons-le, la personne n'est pas réellement hypertendue. Dès lors, la question de l'utilité d'un tel concept dans une perspective de préservation de la santé se pose. En fait, il faut bien admettre que la véritable finalité du concept de pré-hypertension artérielle est de servir des objectifs commerciaux, plus exactement de favoriser le développement du marché des médicaments antihypertenseurs par des prescriptions qui ne possèdent aucun fondement thérapeutique.

Par ailleurs, il convient de noter que la définition de l'hypertension artérielle est par nature arbitraire dans la mesure où des personnes qui ont une pression artérielle identique courent, néanmoins, des dangers très différents selon la présence ou l'absence de facteurs de risques associés. Il est, par conséquent, problématique, à mon sens, de fournir un chiffre précis pour établir la normalité de la pression artérielle. Lorsque les valeurs considérées comme les limites des paramètres physiologiques sont approchées, la médecine devrait, en fait, pour moi, plutôt évoquer la nécessité d'un renforcement de la vigilance.

Il est à remarquer que la baisse artificielle des seuils de normalité, sans avoir apporté la preuve d'un bénéfice clinique d'une intervention médicale ou d'un traitement, contribue à accroître le nombre de personnes classifiées comme à risque ou malade, et, de ce fait, exposées aux éventuels effets indésirables des médicaments. A l'évidence, cette conception de la pratique médicale contrevient à l'éthique. On peut, donc, dire que, dans ce cas, la médecine ne soigne pas, mais qu'elle favorise, paradoxalement, le développement d'une anxiété infondée et irraisonnée chez les personnes concernées.

Si la médecine a pour tâche de restaurer, chez un malade, une norme biologique altérée, il s'avère, à l'époque moderne, que la demande du patient excède l'exigence de la

nécessité biologique, et qu'elle soit plutôt l'incarnation et l'expression d'une normalité sociale comme l'analyse Ricoeur :

« La santé est ainsi normée socialement et la maladie aussi ; et la demande de soins, et l'attente liée à cette demande. [...]. Un déplacement s'est produit de la norme intérieure au vivant à la norme extérieure du social, tel qu'il est codifié par les autres⁵⁸ ».

C'est un fait. La société est productrice de normes et elle affecte, ainsi, l'existence de chacun d'entre nous : « Par des normes, le contenu de la vie collective entre dans notre vie personnelle⁵⁹ ». Il est vrai que la norme dicte à la personne ce qu'elle doit être, ce qu'elle doit faire pour exister, véritablement, dans la communauté des hommes et atteindre, ainsi, le bien-être. Elle est, en effet, ce qui est communément reconnu et admis. Elle constitue le critère de référence de tout jugement de valeur. En conséquence, il n'y a rien dans l'existence de la personne qui ne puisse échapper à l'emprise de la norme. On peut même considérer que l'obsession du respect de la norme est, dans certains cas, telle que le fait de se trouver en inadéquation avec elle peut conduire la personne à éprouver un mal-être :

« Elles [les souffrances sociales] sont également produites par la nécessité qu'éprouve l'homme en général de se soumettre en permanence à des normes de vie posées comme des modèles sociaux qui qualifient les modalités corporelles et psychiques d'une existence (c'est ainsi qu'une femme peut-être prise dans un filet de normes qui touchent ses seins, ses lèvres, ses rides, etc..., tandis qu'un homme peut se trouver engagé dans des représentations normatives qui touchent ses muscles, son ventre, sa virilité, etc...) ⁶⁰ ».

Certes, on peut objecter que la personne possède la faculté de ne pas entrer dans le jeu des normes, et d'exister, non pas par procuration, mais par elle-même ; mais, dans ce cas, il faut bien voir qu'elle court le risque de ne plus être reconnue socialement, d'être considérée comme anormale et, par conséquent, d'être justiciable d'une entrée dans un processus de médicalisation. A contrario, lorsqu'elle se perçoit comme ne participant pas au jeu des

⁵⁸ Ricoeur Paul, *Le Juste 2*, Paris, Editions Esprit, 2001, p. 220.

⁵⁹ Meyerson Ignace, *Les fonctions psychologiques et les œuvres*, Paris, Vrin, 1948, p.21.

⁶⁰ Le Blanc Guillaume, *Les maladies de l'homme normal*, Paris, Editions du Passant, 2004, p.197.

normes, la personne est susceptible de vivre une limitation de ce qu'elle est. On peut, donc, parfaitement concevoir qu'elle n'ait, alors, de cesse de pouvoir renouer avec la norme : « [...] celui qui se trouve en dehors de la norme, loin de désirer rompre plus encore avec elle, aspire à la norme, qui justement, l'exclut⁶¹ ». Si l'assujettissement à la norme participe à l'insertion de la personne dans le champ social, il faut bien voir qu'il s'oppose, principalement, à la libre détermination par chacun de ses propres conditions d'existence. Or, à l'évidence, l'attitude qui consiste à laisser opérer la force prégnante et coercitive de normes extérieures à soi conduit la personne à occulter le fait que s'intégrer dans la société peut s'opérer différemment. En effet, elle a, alors, tendance à ignorer qu'elle peut être productrice de ses propres normes.

Il n'est pas niable que son autorité scientifique légitime l'exercice par la médecine moderne d'un pouvoir normatif. Il n'est, donc, pas étonnant de constater qu'elle a progressivement élargi son champ d'action à tous les phénomènes susceptibles de provoquer un effet incident sur la santé des êtres humains. Partant de là, si la vocation première de la médecine technico-scientifique est bien évidemment de soigner, force est de constater qu'elle a, également, une propension à opérer la mise en conformité d'autorité de l'existence de la personne avec les prescriptions, les règles d'une vie saine, c'est-à-dire comprise comme non exposée à des éléments délétères. En effet, par principe, la médecine sait ce qui est bon et ce qui est mauvais pour la santé de la personne. Aussi, les avis formulés par la communauté médicale sont fortement médiatisés, et imprègnent, de ce fait, la conscience des personnes.

Mais, on peut observer que l'abondance des informations et les injonctions répétitives sont susceptibles de produire des effets non recherchés. Ainsi, c'est un fait avéré que le martèlement des messages, et la coexistence d'avis contradictoires sur un même sujet constituent une source potentielle d'anxiété pour les personnes. Par ailleurs, il est aisé de constater que le discours médical est, à la fois, normalisateur et moralisateur. Ainsi, si l'indice de masse corporelle d'une personne est supérieur à une valeur normée, l'excès de poids est,

⁶¹ Le Blanc Guillaume, *Les maladies de l'homme normal*, op.cit., p. 13.

alors, reconnu comme une pathologie génératrice de mal-être. Notons que, dans cette approche, la personne en surpoids ne peut que se sentir mal à l'aise dans son corps. Il apparait, par conséquent, que le discours culpabilisant de la médecine moderne est de nature à provoquer un sentiment de dépréciation personnelle. En outre, nous devons bien observer que le surpoids signe aux yeux de la société un laisser-aller, un manque ou une absence de volonté de la part de la personne. Il n'y a, donc, pas de place pour celui ou celle qui assume l'état de son corps, et qui déclare bien vivre avec son poids.

A l'évidence, le discours hégémonique de la médecine moderne a la prétention de définir les éléments qui, à la fois, constituent et concourent au bien-être individuel. Dans cette perspective, il faut bien voir que l'atteinte du bien-être est promise à la personne qui adopte le seul comportement possible, c'est-à-dire celui qui consiste à suivre les prescriptions médicales. Mais, par cette attitude, la personne en vient à légitimer la normativité de son existence dans la mesure où elle la façonne dans l'appropriation et dans l'adoption des seuls comportements reconnus et valorisés par la société. Il est à noter qu'elle évite, ainsi, le risque d'être considérée comme une déviante.

C'est bien un tel positionnement existentiel, de surcroît toujours difficile à tenir, qui est de nature à faire entrer la personne dans un processus de médicalisation. En effet, la confrontation avec la norme implique nécessairement que la personne se détermine par rapport à elle et qu'elle opère un choix. Elle peut, ainsi, légitimement considérer que le respect de la norme est de nature à lui apporter du confort, du bien-être. Mais, elle peut aussi estimer que la norme doit être tenue à distance, et qu'il est préférable de privilégier une démarche personnelle qui, à partir de la connaissance intuitive et empirique de ce qui est bon ou mauvais, la conduit à entreprendre une action librement déterminée.

On voit bien que le développement des processus de médicalisation trouve un terrain dans l'utilisation des normes édictées par la société puisqu'ils en modèlent les contours, et qu'ils modifient les rapports que les personnes entretiennent avec elles. Il est vrai que les

exigences sociétales ne semblent pas connaître de limites. Ainsi, l'homme moderne se doit d'assurer sa mise en conformité avec les caractéristiques d'un être idéal conçu comme jeune, beau et performant. En conséquence, le corps se doit d'être toujours plus mince, plus ferme, plus musclé, plus tonique ; autant de signes d'une bonne santé, du moins apparente. A l'évidence, la médecine technico-scientifique est à même de fournir aux personnes qui le désirent les ressources nécessaires à ces actions de mise en conformité des existences avec les modèles, les valeurs, les normes en vigueur dans la société.

Si l'on prend le cas de la chirurgie esthétique qui, en remodelant les corps, prétend apporter à la personne le réconfort d'une réconciliation avec elle-même, nous avons l'illustration paroxystique de ce culte de l'apparence :

« Infiltrée de vitamines, de collagène et d'élastine, rétrécie ou gonflée de silicone, scarifiée (rhinoplastie, mammoplastie), retendue (lifting), nettoyée (peeling), épilée, hydratée, tonifiée, raffermie, assouplie, adoucie, gommée, lissée, bronzée, la peau montrée dans sa perfection laborieuse, esquive en effet sa nudité puisqu'elle se présente idéalement comme un nouveau vêtement, sans faille, sans couture, sans accroc, sans plissure, sans usure⁶² ».

En outre, il faut bien être conscient du fait que la soumission aux prescriptions normatives se traduit, chez les personnes, par une intériorisation intensifiée des comportements d'autocontrôle et de maîtrise de soi.

C'est un fait. La recherche utopique de la perfection dans le domaine de la santé est l'une des préoccupations de la modernité. Aussi, on peut comprendre que l'une des activités de la médecine technico-scientifique consiste à procéder à la pathologisation de tout état qu'elle considère comme non conforme à la norme qu'elle a elle-même édictée :

« Désormais, un normal se révèle un déviant qui s'ignore porteur d'un écart à la norme, une sorte de mini-délinquant prêt à rejoindre la grande famille des dys, dyslexie, dysorthographe,

⁶² Perrot Philippe, *Le travail des apparences*, Paris, Le Seuil, 1984, p.206.

dyscalculie, dysphoriques, dysthymiques, dysfonctionnels érectiles, bref un segment de l'ensemble infini des dysfonctionnants de toutes sortes⁶³ ».

Indéniablement, l'extension du champ d'intervention de la médecine conduit à la constitution d'objets médicaux à géométrie variable sous l'effet des sciences et des techniques médicales mais, aussi, sous l'influence de considérations économiques et sociales. Par voie de conséquence, on peut légitimement en déduire que cette caractéristique est de nature à modifier l'acceptation du normal et du pathologique. Ces deux concepts sont, en effet, l'objet d'une redéfinition continue dans la mesure où l'extension constante du pathologique opère une dilution progressive de l'idée de normalité. Il est à noter qu'un comportement anodin est, désormais, susceptible de recevoir une qualification médicale. Aussi, nous ne devons pas être surpris par le fait qu'une évolution physiologique naturelle, une modification de l'état psychique peuvent devenir des pathologies et être traitées comme telles :

« Ainsi la timidité devient-elle une phobie sociale, la turbulence un trouble oppositionnel du développement ou un trouble de l'hyperactivité, la ménopause une nouvelle maladie, l'andropause une insuffisance qui peut conduire à une dysfonction érectile, le deuil une dysthymie qui entrave les performances [...]»⁶⁴.

Il semble bien que, désormais, aucun élément de l'existence n'échappe à ce champ de forces institué par le pouvoir médical. Ainsi, un trouble comme l'impuissance sexuelle masculine devient une dysfonction érectile. Il entre, par conséquent, dans le domaine de compétences des urologues. Or, il s'avère que ce nouvel objet médical est construit de toutes pièces pour permettre à l'industrie pharmaceutique l'élaboration et la commercialisation de substances médicamenteuses adaptées. A l'évidence, cette forme de pathologisation est en rapport direct avec l'existence de normes sociétales, et elle est de nature à induire un type particulier de relation entre les personnes :

⁶³ Gori Roland et Del Volgo Marie-José, *Exilés de l'intime*, op.cit., p.228.

⁶⁴ *Ibid.*, p.258.

« Nous n'avons rien contre les médicaments de la dysfonction érectile qui peuvent rendre de grands services thérapeutiques et pourquoi pas sociaux. Nous voudrions simplement souligner que leur usage provient d'un certain savoir-faire culturel et qu'en retour, ils en modèlent les normes, les sensibilités sociales et psychologiques. Parce que de tels médicaments deviennent aussi des talismans qui facilitent une sexualité modelée comme une performance, produisant une réification du partenaire et une autoréification du sujet⁶⁵ ».

De plus, à côté des maladies répertoriées comme telles, il convient de noter que le ressenti et le vécu des personnes ont également vocation à être pris en charge par la médecine technico-scientifique. Ces états existentiels constituent, de fait, autant d'objets potentiels d'investigations médicales puisqu'ils sont susceptibles d'être identifiés et qualifiés de pathologiques. Pourtant, il est difficile de considérer objectivement que le fait, par exemple, de ressentir de l'inquiétude, d'éprouver de la tristesse, d'être confronté à un chagrin d'amour, à un deuil constituent des états pathologiques. Nous avons plutôt affaire, à mon sens, à des phases en creux dans le continuum de la vie de la personne. A l'évidence, la pathologisation de ces moments de dislocation passagers dans l'existence de la personne contribue à créer un cycle dépourvu de vertu où la fonction du médicament qui est, initialement, de soulager le malade, devient celle d'aider le bien-portant en difficulté momentanée, puis, enfin, celle de faciliter la vie de la personne en bonne santé et sans problème.

La pathologisation de la souffrance et sa médicalisation posent alors, à mon avis, la question de son statut dans notre société, celle de sa prise en charge et celle de son traitement. Existe-t-il de bonnes ou de mauvaises souffrances, des souffrances dignes d'être prises en charge et d'autres qui ne le sont pas ? Est-il légitime de mettre sur le même plan la souffrance occasionnée par des problèmes relationnels entre les membres d'un couple avec la souffrance éprouvée par un malade atteint d'une pathologie grave ? Une souffrance psychologique doit-elle faire l'objet d'une prise en charge thérapeutique au motif que la personne qui l'éprouve la juge insupportable ?

⁶⁵ Gori Roland et Del Volgo Marie-José, *Exilés de l'intime*, op.cit., p.77.

En fait, il semble bien que le processus de médicalisation repose sur l'affaiblissement de la capacité de la personne à vivre avec la souffrance. Ainsi, l'accouchement doit, désormais, se faire sans douleur ; ce qui conduit à médicaliser le processus naturel de la grossesse. Il est manifeste que la vie psychique doit être, elle aussi, exempte de souffrance. Dès lors, une angoisse existentielle, potentiellement génératrice d'un mal-être, a vocation à entrer dans le champ d'intervention de la médecine technico-scientifique.

De fait, la médicalisation, par le recours à un thérapeute et l'utilisation d'une substance médicamenteuse, devient le mode privilégié de prise en charge de la souffrance et d'atténuation de ses effets. Est, ainsi, instauré comme principe qu'une souffrance psychologique de quelque nature qu'elle soit est à concevoir comme une maladie justiciable d'un traitement médicamenteux. Il est à souligner que recourir à la médicalisation pour lutter contre les effets de la souffrance signifie que les moyens naturels propres à offrir des dérivatifs à sa présence tels que le développement de la sphère affective, l'activité physique, la confrontation avec les œuvres artistiques sont négligés. Force est de constater que le privilège accordé à la pacification chimique au détriment de l'apaisement fondé sur la relation, sur l'échange est un facteur propice au développement de l'individualisme, au renforcement de la solitude qui est, rappelons-le, l'un des ferments de l'anxiété et de la dépression. Dans cette approche, est, ainsi, occultée la rencontre entre celui ou celle qui souffre, et celui ou celle qui dispose de la capacité à apporter une aide qui peut contribuer au décentrement d'avec cet être souffrant pour favoriser la compréhension du sens de l'épreuve traversée, et permettre, ainsi, l'accession à une forme de mieux-vivre.

On peut penser qu'admettre le principe de la pathologisation et le recours à la médicalisation lorsqu'une douleur est éprouvée revient pour la personne qui souffre à opérer un choix existentiel qui consiste à accepter des modalités de prise en charge qui l'exonèrent d'un travail sur elle-même. Or, la personne qui se trouve dans l'incapacité de supporter une perte réelle ou symbolique doit comprendre ce qui lui arrive pour pouvoir espérer surmonter cette difficulté. Considérer un état existentiel comme une pathologie, le prendre en charge

comme une maladie, le traiter par voie médicamenteuse contribue à sa chronicisation en occultant la nécessaire prise de conscience du problème rencontré. En outre, il convient de rappeler qu'aucune substance médicamenteuse n'a le pouvoir de gommer une difficulté existentielle.

Nous devons bien reconnaître que la modernité pousse à son paroxysme la recherche frénétique du dépassement de soi, et, plus généralement, de l'amélioration des performances dans tous les domaines de l'existence. Cet état de fait nous indique, à mon sens, que le réel, pour l'homme moderne, a, en quelque sorte, perdu de sa matérialité, de sa substance. Il semble bien qu'il soit plutôt appréhendé comme un univers appauvri, insensé, insuffisant, insignifiant. Par voie de conséquence, nous sommes amenés à penser que l'homme moderne a besoin, pour exister, d'une surréalité capable de lui procurer des sensations exacerbées. Nous pouvons, à l'évidence, observer que la médecine technico-scientifique participe activement à cette entreprise anthropotechnique de modelage transformationnel et mélioratif de l'humain :

« Certes, la médecine, depuis des millénaires, est une transformation humaine. Mais il s'agit ici d'autre chose. La médecine a un but essentiel et bien défini : lutter contre la souffrance due à la maladie, lutter contre la mort. L'anthropotechnie s'ouvre à un autre horizon, non plus de restauration de l'état normal, mais d'instauration d'un état sur-normal, d'une condition modifiée censée répondre à nos demandes multiples : être plus beau, plus fort, plus intelligent, etc. La médecine réduit des « moins » tandis que l'anthropotechnie tente de donner des « plus » - réels ou illusoires⁶⁶ ».

A la vérité, il apparaît bien que la médicalisation de l'existence exploite toutes les facettes de la dévotion portée par notre société à la performance. Dans toutes les dimensions de son existence, qu'elle soit scolaire, professionnelle, familiale, intime, ludique, sportive, l'homme moderne a l'impérieux devoir d'être en condition ; ce qui a pour signification qu'il a la responsabilité d'être, en permanence, en capacité d'utiliser ses ressources mentales et physiques pour être toujours plus performant, pour toujours faire plus, pour toujours faire

⁶⁶ Goffette Jérôme, *Naissance de l'anthropotechnie*, Paris, Vrin, 2006, p.9.

mieux. Il est loisible de constater que, dans ce registre aussi, la médecine apporte à l'homme moderne les moyens susceptibles de l'aider à atteindre cet objectif. Il est vrai que pour être le plus performant possible, l'homme moderne peut puiser à loisir dans un arsenal de produits accessibles comme, par exemple, les psychotropes qui lui permettent de dominer les réactions de son corps et de le discipliner.

D'ailleurs, le recours à la médecine est d'autant plus nécessaire qu'en cas de non-conformité avec ce modèle de la performance très prégnant dans la société moderne, la personne tombe dans l'insignifiance, s'effondre, développe le mépris de soi, et meurt socialement. Mais, on peut se poser la question de savoir si les personnes sur-normales sont plus heureuses pour autant, si elles ont la conviction que leur existence est devenue plus riche et plus porteuse de sens. Il est à observer que le positionnement de la médecine sur ce nouveau segment de marché la conduit à adopter un référentiel conceptuel adapté. Ainsi, aux concepts de normal et de pathologique invoqués lorsque la médecine a affaire à la maladie se substituent, dans le cadre de la médecine anthropotechnique, les concepts d'état initial et d'état amélioré.

De fait, la valorisation sociétale de la performance nous permet de comprendre que le recours à des substances médicamenteuses pour améliorer un état jugé insuffisant, au regard des exigences du monde moderne, soit devenu une nouvelle norme comportementale, susceptible d'être adoptée par chacun :

« N'est-ce-pas dans une société dopante que nous vivons, une société de l'aliment enrichi et de la vitamine nécessaire, consommatrice d'antidépresseurs et autres drogues autorisées ?⁶⁷ ».

Lorsqu'on évoque la pratique du dopage, surgit, alors, immanquablement la figure du sportif. Nul ne contestera que la pratique modérée et régulière d'une activité sportive contribue au maintien d'une bonne santé. On peut y voir la volonté de la personne de prendre soin d'elle-même.

⁶⁷ Queval Isabelle, *S'accomplir ou se dépasser – Essai sur le sport contemporain*, Paris, Gallimard, 2004 p.17.

Mais, à l'évidence, les enjeux se révèlent d'une autre nature et d'une autre portée dans le sport de haut niveau. Nous allons prendre l'exemple d'une activité sportive emblématique : le cyclisme. Chacun peut, aisément, convenir que cette discipline est difficile, exigeante et qu'elle sollicite très fortement l'organisme. Aussi, cette activité sportive est l'une de celles où l'athlète est le plus sensible à sa santé et à sa prise en charge. Il s'agit pour lui, tout d'abord, de se préoccuper de tous les éléments qui ont une incidence sur sa santé, et d'être vigilant quant à l'observance des règles diététiques. Notons que les processus de récupération physique nécessitent, également, une attention particulière.

Un premier pas est, à mon sens, franchi dans la médicalisation de la pratique cycliste lorsque le coureur est incité à recourir à la physiologie de l'effort pour y tester son organisme. Dans ce cas, l'objectif à atteindre est d'améliorer les séances d'entraînement afin d'optimiser les capacités physiologiques de l'athlète. Mais, inévitablement, l'endurcissement de l'organisme génère des fatigues plus importantes qui peuvent, dans certains cas, conduire à des blessures. Le coureur cycliste est, alors, naturellement, amené à recourir à des substances médicamenteuses pour remédier aux effets de ce travail sur son organisme. S'insinue, à ce moment, dans l'esprit du sportif l'idée que l'amélioration de ses performances passe par une médicalisation de sa pratique de cycliste. Elle devient, par conséquent, une norme comportementale.

Dès lors, augmenter son niveau de performance et se maintenir en bonne santé deviennent deux activités équivalentes qui impliquent l'utilisation de substances médicamenteuses. Aussi, nous ne devons pas être étonnés de constater que le sportif entre, sans questionnement, dans un processus qui comporte des risques pour sa santé :

« Pour optimiser les effets des produits, les coureurs parfont leurs connaissances grâce à l'achat d'un Vidal, un dictionnaire des produits pharmacologiques, ou auprès de médecins,

fournisseurs, dont ils s'échangent les adresses. En puisant dans ses propres expériences et les informations données par les pairs, chacun bricole ses techniques de dopage⁶⁸ ».

Il convient de remarquer que l'approche médicale de l'activité sportive est, déjà, en elle-même, singulière et problématique. En effet, l'effort intense et prolongé de l'athlète est assimilé à un état pathologique. En conséquence, aux yeux de certains médecins, le sportif se doit d'absorber des substances médicamenteuses pour opérer ce qu'ils appellent un rééquilibrage hormonal. Aussi, la question se pose de savoir s'il est raisonnable de considérer qu'un athlète de haut niveau qui est fatigué, voire très fatigué, est atteint d'une pathologie. Ainsi, on voit bien que, dans le domaine sportif, le rôle de la médecine n'est plus, exclusivement, d'aider les organismes à récupérer après l'effort, de réparer les traumatismes et les blessures subies. De fait, les ressources médicales sont mobilisées pour contribuer à l'amélioration du fonctionnement, du rendement des organismes humains par la rationalisation des comportements vis-à-vis des moyens à mettre en œuvre pour atteindre le niveau de performance attendu.

On peut, à mon sens, considérer que la médicalisation se substitue au bricolage empirique naguère utilisé par le sportif pour parvenir à des résultats significatifs dans les compétitions. Elle consiste à le faire entrer dans des protocoles de suivi qui se veulent rationnels et qui visent au développement de ses capacités physiques. De toute évidence, le dopage sportif consiste à utiliser, le plus souvent, des traitements médicamenteux détournés de leur usage thérapeutique pour augmenter artificiellement les performances d'un athlète. Une telle pratique est, manifestement, contre nature, et, en plus, elle contrevient à l'esprit sportif.

Pour moi, la satisfaction par le corps médical des désirs et des convenances personnelles consacre une autre forme de la médicalisation des existences individuelles. Dans ce contexte, les techniques biomédicales sont utilisées à d'autres fins que thérapeutiques par

⁶⁸ Aubel Olivier, Brissonneau Christophe, Ohl Fabien, *L'épreuve du dopage*, Paris, Presses Universitaires de France, 2008, p.217.

pure décision individuelle ou sous l'influence de choix déterminés par des images culturelles et sociales. Ces interventions individuelles auprès du corps médical sont, de fait, dictées par l'expression de choix personnels ou par l'affirmation de caractéristiques liées à un style de vie. Cette irruption de la convenance personnelle dans le domaine médical et traitée comme telle par les thérapeutes pose la question de ce que doit faire ou ne pas faire la médecine, de la délimitation de son champ d'intervention.

En effet, au-delà de la simple guérison des maladies, la médecine se donne un nouvel objet qui est la prise en charge et la satisfaction de demandes individuelles et/ou sociétales. De ce point de vue, il est vrai que la prescription d'un traitement contraceptif est plus une prestation de services liée à une logique consumériste appliquée à la recherche d'un bien-être dans les relations sexuelles qu'un véritable acte médical. Il convient de considérer que le médecin se comporte, également, comme un prestataire de services lorsqu'il satisfait les demandes exprimées par des personnes qui souhaitent modifier certaines parties de leur anatomie qui ne leur conviennent pas.

Il va de soi que ces interventions sur le corps humain dépassent les nécessités d'ordre strictement médical. En outre, il est fréquent de constater que la transformation organique opérée se montre insuffisante pour éradiquer une souffrance existentielle ou rétablir un sentiment identitaire altéré. En conséquence, se pose la question de la nécessité d'endiguer la profusion d'exigences individuelles qui sont alimentées à la fois par l'extension du champ des possibilités de la médecine, et par son inscription dans la sphère marchande. Mais, dans ce cas, comment est-il possible d'établir une limite entre la convenance acceptable, et celle qui est irrecevable ?

A l'évidence, la médecine moderne élargit sans cesse ses domaines d'activités :

« Annulant la distinction entre normal et pathologique, entre vieillissement et maladie, la médecine régénératrice vise à reproduire les processus biologiques qui permettent au corps de se reconstituer, voire de se recréer. Il ne s'agit donc plus, comme pour la médecine clinique,

de conserver l'état d'équilibre du corps en luttant contre les maladies, mais plutôt de combattre la dégénérescence en tant que telle ⁶⁹ ».

Il n'est, donc, pas étonnant de constater l'apparition de disciplines médicales nouvelles. Mais, il convient de s'interroger sur les buts qu'elles poursuivent réellement.

Appuyons-nous sur l'exemple de la médecine morphologique et anti-âge pour procéder à cette analyse. Elle est née de la volonté de prendre en charge globalement les manifestations du vieillissement à partir d'une approche qui se veut scientifique de ses causes physiologiques. On voit bien qu'un processus d'évolution naturelle de l'être humain, le vieillissement, est, ainsi, appelé à entrer dans le champ de la médicalisation. A l'examen, la médecine morphologique et anti-âge propose, avant tout, une prévention des effets du vieillissement à ceux qui désirent avancer en âge convenablement et harmonieusement. Sa finalité est, par conséquent, de favoriser le maintien de l'image corporelle à travers le temps.

Mais, à l'analyse, on s'aperçoit que cette médecine que l'on peut qualifier de médecine de la promesse s'intéresse, en fait, à tous les éléments qui présentent un lien avec le vieillissement⁷⁰. Or, il est facile de constater que les praticiens qui exercent la médecine morphologique et anti-âge se contentent de prescrire de simples règles élémentaires d'hygiène de vie. Par conséquent, on peut dire que le recours à la médecine morphologique et anti-âge conduit la personne à participer à l'illusion entretenue par le corps médical sur sa capacité à inverser un processus naturel qui est, de fait, inéluctable.

Il est à noter qu'en utilisant les services de la médecine morphologique et anti-âge, la personne délègue à celle-ci le choix des moyens destinés à la prémunir des atteintes de l'avancée en âge. Par cette opération de transfert, elle abandonne, en fait, le souci de soi. On peut, alors, à bon droit, se poser la question de savoir si la médecine morphologique et anti-

⁶⁹ Lafontaine Céline, *La société post-mortelle*, Paris, Le Seuil, 2008, p.146.

⁷⁰ Au titre desquels, nous pouvons citer : la physiologie, l'anatomie des tissus superficiels sous-cutanés, la nutrition, la psychologie, la morale, les modes de vie, les addictions, le stress, la sexologie, l'activité physique, les habitudes de consommation dans le domaine médical, les techniques permettant une amélioration de l'image corporelle.

âge répond réellement aux demandes exprimées par des personnes qui désirent bien vieillir, et maintenir une image corporelle satisfaisante ou si elle ne vise qu'à les mettre en conformité avec les canons de l'esthétique en vigueur dans la société.

Nous devons, par ailleurs, observer que si la médicalisation se concrétise par le fait que la médecine s'approprie de nouveaux objets et procède à l'élargissement du champ de ses compétences, elle se matérialise, également, par l'implication des patients dans la production d'éléments thérapeutiques. L'éducation thérapeutique du patient en constitue, me semble-t-il, l'un des exemples les plus caractéristiques. Confrontée à la problématique de la maladie chronique, la médecine moderne est, ainsi, amenée à proposer au patient qui est volontaire d'entrer dans des programmes qui consistent à lui apprendre à se prodiguer lui-même des soins afférents à sa pathologie. Par conséquent, on peut affirmer que, dans ce cas de figure précis, le transfert de compétences du médecin vers le malade contribue d'une manière décisive à son immersion dans la médicalisation de son existence.

Chacun sait que toute intervention médicale comporte des aléas. Aussi, on peut penser qu'une pratique médicale raisonnée s'attache à minimiser ces risques. Or, nous devons reconnaître que les processus de médicalisation des existences favorisent, dans certains cas, des approches conceptuelles, et l'utilisation de techniques qui ne sont pas exemptes de danger pour la santé. Illustrons cette assertion par un premier exemple. Il est notoire que le corps médical assure la promotion de la technique de l'accouchement par césarienne en se fondant sur l'argument qu'elle est plus sûre et plus rapide qu'un accouchement traditionnel par voie basse. Or, il convient d'observer que l'une des caractéristiques de l'accouchement par césarienne est qu'il est programmable. S'établit, ainsi, à mon sens, le lien avec l'expression de la convenance personnelle de la future mère. Le choix de cette technique peut, certes, s'expliquer par la crainte de la douleur ou par le fait qu'un précédent accouchement réalisé par voie basse s'est mal déroulé ; mais, il n'en reste pas moins vrai que l'accouchement par

césarienne demeure un acte chirurgical, et, en tant que tel, il présente des risques avérés⁷¹. Il est, également, de nature à hypothéquer la possibilité d'un futur accouchement par voie basse. Prenons un second exemple. Dans le cas de l'andropause, la question de savoir s'il s'agit d'une maladie réelle se pose. En effet, la baisse du niveau de testostérone est naturelle. Elle est même susceptible de jouer un rôle de protection contre le cancer de la prostate. Mais, la médicalisation de ce phénomène naturel qui consiste à utiliser, sans discernement, un traitement de substitution, dont le marché médicamenteux a été constitué de toutes pièces, peut avoir pour conséquence de conduire à une augmentation des cas de cancer de la prostate.

Nul ne contestera le fait que la modernité consacre une certaine dilution des liens sociaux dans un contexte de valorisation de l'autonomie individuelle. Si la personne est libre dans la détermination de ses choix de vie, elle est responsable des conséquences qui peuvent en découler. De toute évidence, une telle mise en situation peut occasionner chez la personne de l'angoisse, un sentiment d'inconfort ou d'insécurité. Par ailleurs, les injustices sociales, les échecs de tous ordres, les déviances, les mécontentements se traduisent dans des termes qui ont à voir avec le ressenti subjectif de la personne et, notamment, avec le mal-être. Or, l'homme moderne ne supporte pas ces brisures dans le continuum de son existence. Aussi, il a une propension à considérer que la médecine est la seule instance susceptible de lui permettre de les éviter en lui livrant les référentiels du bien vivre.

Ainsi, si la médecine technico-scientifique assure toujours la prise en charge des pathologies et dispense les soins nécessaires, elle va au-delà de cette raison d'être initiale en exerçant une emprise toujours plus grande sur les personnes : « Elle [la médecine] répond et/ou provoque la demande d'un encadrement de l'existence, d'un « contrôle qualité » permanent des manières de vivre⁷² ». Pour y parvenir, comme nous l'avons expliqué, elle s'appuie sur la norme. Or, comme l'indique Ricoeur : « [...] on peut entendre aussi par norme, un idéal, en un

⁷¹ Au nombre desquels, on peut citer l'abcès, la phlébite, voire la mortalité.

⁷² Queval Isabelle, *Le corps aujourd'hui*, Paris, Gallimard, 2008, p.122.

sens lui-même multiple : réussite, bien-être, satisfaction, bonheur⁷³ ». Cette assertion doit retenir notre attention car elle correspond aux allégations des processus normatifs de médicalisation de l'existence. En effet, ils se donnent comme la seule voie possible qui puisse laisser espérer aux êtres humains un maintien en bonne santé. Ils sont porteurs de l'assurance donnée à la personne d'atteindre l'idéal d'une santé parfaite ; donc, par voie de conséquence, d'accéder au bien-être.

Cette promesse est censée se concrétiser lorsque la personne épouse les normes sociétales en vigueur, se conforme aux préceptes à l'œuvre dans les processus de médicalisation, utilise les substances et les techniques prescrites par le corps médical. A l'évidence, le choix d'une attitude alternative s'avère d'autant plus difficile à opérer que les espoirs de bonne santé et de bien-être recélés par les processus de médicalisation de l'existence sont toujours susceptibles de se matérialiser.

Il faut bien voir, rappelons-le, qu'à travers cette conception de l'existence, la médecine technico-scientifique se situe dans le dépassement de son objet initial qui est de prodiguer des soins à un malade pour améliorer son état de santé. Elle s'adresse, en effet, aux biens portants qui utilisent ses ressources comme outils de mise en conformité biologique et sociale. La question se pose, alors, à chacun, de savoir si l'entrée dans un processus de médicalisation est une stratégie pertinente pour mener une existence riche d'expériences et de sens.

Mais ce n'est pas tout. En effet, il faut bien avoir conscience, à mon avis, qu'il est difficile, pour la personne, d'éviter d'entrer dans un processus de médicalisation de son existence dans la mesure où celui-ci participe de l'inscription de la médecine technico-scientifique dans la sphère des échanges marchands.

⁷³ Ricoeur Paul, *Le Juste 2*, *op.cit.*, p.218.

C) La marchandisation de la médecine :

Si l'on en croit François-Vincent Raspail, la dimension économique de la médecine et de la pratique médicale existe depuis que l'homme a été capable de concevoir un moyen qui lui permette de lutter contre la maladie :

« La médecine, ou l'art de retirer profit des soins que l'on donne au malade, la profession de médecin enfin, remonte au jour où le hasard fit trouver à l'homme malade une plante pour se débarrasser de son mal, un procédé pour s'administrer la panacée. Dès ce jour, cet homme eut un remède secret dont il s'ingénia à faire argent et marchandise⁷⁴ ».

Il est incontestable, en ce qui me concerne, que la modernité s'ingénie à amplifier ce phénomène.

Ainsi, le bien-portant est devenu, au nom de la préservation de sa santé et de son bien-être, la cible des messages élaborés par le corps médical et les industriels de la santé. On peut affirmer, sans crainte d'être démenti, que l'objectif poursuivi est de le faire entrer dans la logique du marché que constituent, désormais, la santé et le bien-être, et où règne la loi de l'offre et de la demande. Si nous partons du postulat général que l'intérêt bien compris des industriels est d'augmenter la rentabilité de leurs entreprises et les profits financiers, nous ne pouvons pas être étonnés de constater que les différentes facettes du mal-être de l'homme moderne sont devenues autant de maux guérissables par les produits élaborés par les laboratoires pharmaceutiques. Par ailleurs, il faut bien être conscient du fait qu'au sein de ce marché de la santé et du bien-être, le rôle du médecin évolue dans la mesure où il est appelé à se positionner, de plus en plus, en tant que prestataire de services prêt à répondre aux demandes formulées par ses clients.

⁷⁴ Raspail François- Vincent, *Histoire naturelle de la santé et de la maladie chez les végétaux et chez les animaux en général et en particulier chez l'homme suivie du formulaire pour la nouvelle méthode du traitement hygiénique et curatif*, Tome 1, Paris, Chez l'éditeur des ouvrages de M. Raspail & Bruxelles, A l'office de publicité librairie nouvelle, 1860, p.1.

Il est à remarquer, également, qu'au nom de son droit à l'autonomie et à l'exercice d'une pleine responsabilité, le consommateur est incité à devenir un acteur à part entière dans les processus de santé. Mais, il convient, surtout, d'insister sur le fait que son pouvoir d'action est envisagé de manière restrictive puisque la prégnance hégémonique du marché ne laisse aucune place à la recherche de voies thérapeutiques alternatives.

Il convient, en effet, de souligner l'étroite imbrication entre les processus de médicalisation et le marché des produits pharmaceutiques. Ils sont liés et interdépendants, comme l'a justement remarqué Michel Foucault :

« De nos jours, la médecine rencontre l'économie [...] parce qu'elle peut produire directement une richesse dans la mesure où la santé représente un désir pour les uns et un luxe pour les autres. La santé devenue un objet de consommation, qui peut être produit par quelques laboratoires pharmaceutiques, par des médecins, etc., et consommé par d'autres - les malades possibles et réels -, acquit une importance économique et s'est introduite dans le marché⁷⁵ ».

On peut légitimement affirmer, sans risque d'être contredit, que l'homme moderne est en permanence assujéti au marché des produits et des services médicaux qu'il soit en bonne ou en mauvaise santé, qu'il éprouve du bien-être ou qu'il soit sous l'emprise du mal-être.

A l'évidence, la marchandisation de la médecine s'accompagne d'un transfert de pouvoir. En effet, à l'examen, il s'avère que l'acteur le plus important dans la médecine moderne n'est pas le thérapeute mais le laboratoire pharmaceutique qui élabore et fabrique industriellement les substances médicamenteuses. A cet égard, rappelons qu'hier le médecin communiquait au pharmacien d'officine les informations nécessaires à la préparation d'un remède destiné au patient qu'il avait en charge de guérir. Or, il convient d'observer que la modernité consacre une inversion des rôles. En effet, aujourd'hui, c'est le représentant du laboratoire pharmaceutique qui propose au médecin une gamme de médicaments avec les instructions liées à leur prescription. De fait, il apparaît bien que la fabrication industrielle du

⁷⁵ Foucault Michel, *Dits et Ecrits 1954-1988, op.cit.*, p.54.

médicament a donné le pouvoir aux firmes pharmaceutiques. Il faut bien voir que pour assurer sa pérennité et la rétribution des apporteurs de capitaux, le laboratoire pharmaceutique doit, au minimum, maintenir ses parts de marché et, dans le cas où il développe une stratégie conquérante, les augmenter.

Mais, l'analyse montre que la dimension économique de la médecine technico-scientifique traduit une réalité complexe. En effet, le marché comprend à la fois l'ensemble de l'offre des produits et des services disponibles, les stratégies utilisées pour en assurer la promotion et la commercialisation, le jeu des interactions entre les différents acteurs que sont les industriels, le corps médical prescripteur, les acheteurs et la puissance publique qui intervient en tant qu'instance de régulation. C'est elle, en effet, qui dispose du pouvoir d'autoriser ou non la mise sur le marché des produits pharmaceutiques, et d'interdire les pratiques médicales jugées dangereuses ou nocives pour les personnes. Notons, au passage, que les défaillances quant à l'organisation et aux modalités de fonctionnement de l'instance de régulation ont une influence directe sur la santé des personnes. Mais, à mon sens, il est légitime de penser que son pouvoir est, de fait, nécessairement limité car le marché de la santé est à la fois planétaire et en libre accès.

Nous devons bien être conscients du fait que la logique industrielle du laboratoire pharmaceutique, c'est-à-dire le développement des ventes, implique, à l'évidence, une augmentation des prescriptions médicales de médicaments. Par voie de conséquence, il apparaît bien que la stratégie qui semble la mieux adaptée pour atteindre cet objectif consiste à élargir le champ du pathologique. En effet, les simples maladies qui affectent les patients sont, de ce point de vue, inopérantes. Par contre, les processus de médicalisation qui constituent sans cesse des objets médicaux inédits répondent bien à cet objectif puisqu'ils ouvrent la voie à la création de nouveaux segments dans le marché des produits et des services médicaux ; un marché dont l'une des caractéristiques est, rappelons-le, de ne plus avoir obligatoirement de liens avec la thérapeutique. Il est vrai que l'industrie pharmaceutique ne manque pas de moyens pour assurer son développement.

Il n'est donc pas surprenant de constater qu'elle n'hésite pas à interpréter et à élargir la définition des pathologies ; ce qui a pour conséquence d'augmenter mécaniquement la demande pour des prestations médicales et de nouveaux médicaments⁷⁶. Une autre façon de favoriser la consommation de substances médicamenteuses consiste à exagérer la prévalence des troubles en abaissant les valeurs considérées comme normales des paramètres physiologiques⁷⁷. Une autre approche repose sur le fait de considérer des symptômes légers comme annonciateurs d'une maladie sérieuse. La redéfinition des protocoles de soins, les modifications d'indications thérapeutiques⁷⁸, l'élaboration de nouvelles gammes de médicaments destinés à améliorer le confort des personnes permettent, également, l'accroissement du potentiel de ventes⁷⁹.

On ne doit, donc, pas être surpris de découvrir que la nécessité d'étendre le marché de la santé conduit les firmes pharmaceutiques à inventer des maladies, à opérer la transformation d'affections bénignes, de malaises légers en maladies sérieuses⁸⁰, à exagérer la prévalence des troubles en jouant sur les valeurs des paramètres physiologiques, à ériger des

⁷⁶ Les exemples abondent : citons, entre autres, le « syndrome métabolique », la dépression, les troubles bipolaires, la stabilisation de l'humeur, la phobie sociale, le « syndrome des jambes sans repos ».

⁷⁷ L'un des exemples les plus caractéristiques, comme nous l'avons vu, est celui de l'hypertension artérielle. Une stratégie similaire est utilisée pour le diabète, l'hypercholestérolémie et l'obésité.

⁷⁸ Des médicaments destinés à lutter contre la maladie de Parkinson, le Ropinirole (Adartrel) et le Pramipexole (Sifrol), ont été promus sur le marché du « syndrome des jambes sans repos ». Ce syndrome possède des frontières mal établies. Il peut s'avérer selon les cas très gênant pour l'individu qui en est atteint ; mais, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'une affection bénigne. Il est à noter que les médicaments anti-parkinsoniens n'offrent pas de résultats probants et ils sont susceptibles de générer une aggravation des symptômes. La documentation sur l'efficacité et, selon les cas considérés, l'aggravation des symptômes occasionnée par la prise des médicaments qui sont évoqués ici est disponible sur le site internet du Centre de Recherche et d'Evaluation des médicaments de l'US Food and Drug Administration (www.fda.gov/). Les références principales sont : « Questions et réponses sur le Paxil » (molécule paroxétine) et « Information des malades sur le REQUIP » (molécule ropinirole). Ces deux molécules correspondent aux deux médicaments cités : Adartrel et Sifrol.

⁷⁹ Le laboratoire pharmaceutique Merck, dans les années 1960, a largement utilisé le concept de dépression pour mettre en avant les vertus antidépressives de l'amitryptiline. Les laboratoires pharmaceutiques Lilly, Janssen-Cilag et AstraZeneca se sont servis des troubles bipolaires et du concept de stabilisation de l'humeur pour promouvoir leurs antipsychotiques : olanzapine, risperidone et quétiapine. La création du marché de la phobie sociale a permis aux laboratoires pharmaceutiques Roche et GlaxoSmithKline de développer les ventes des médicaments Aurorix et Paxil. Il est à noter que les études entreprises n'auraient pas permis d'établir de manière formelle l'efficacité de ces molécules.

⁸⁰ Citons, à titre d'exemple, le syndrome du colon irritable qui est un désordre fonctionnel léger mais qui est devenu une maladie sérieuse qui nécessite, par conséquent, un traitement médicamenteux.

facteurs de risques en maladies. Ainsi, la périménopause est un cas représentatif d'invention d'une maladie. Aucun des symptômes de cette affection n'est constitutif, n'est la caractéristique d'une nouvelle pathologie. Ces symptômes⁸¹ ne sont, en fait, que les signes visibles, perceptibles, sensibles, des modifications qui s'opèrent naturellement dans l'organisme d'une femme à un moment particulier de son existence.

Force est de reconnaître que, pour l'industrie pharmaceutique, les aléas de la vie deviennent, ainsi, autant de troubles justiciables d'une prise en charge médicale et d'un traitement. Il convient, donc, de souligner, qu'à l'ère moderne, une souffrance psychologique, peu importe sa nature, devient, de fait, une maladie puisqu'il existe un médicament susceptible de la traiter :

« [...] la dérive de l'utilisation des psychotropes [...] ouvre [...] des perspectives d'utilisation par le grand public d'une façon encore plus large mais socialement acceptée pour moduler les émotions, les comportements et les personnalités⁸² ».

On notera, également, que le simple fait d'être un sujet à risque, c'est-à-dire susceptible de développer une pathologie, devient une maladie en soi. Si le risque peut être appréhendé comme la probabilité d'apparition d'un événement défavorable, le facteur de risque induit une modification de statut :

« [II] signifie [...] qu'il y a une relation causale immédiate entre le facteur observé et la maladie [...]. En d'autres termes, il s'agit d'un élément entrant directement dans l'étiologie d'un état pathologique⁸³ ».

On peut légitimement considérer que le facteur de risque est une caractéristique qui permet d'évaluer la probabilité qu'une personne a de développer une pathologie donnée. Mais établir, par exemple, un lien entre la diminution progressive de la trame protéique de l'os et le risque

⁸¹ Parmi lesquels se trouvent l'irrégularité des règles, les menstruations selon les cas peu abondantes ou abondantes, les bouffées de chaleur, les crampes, les migraines, la baisse de la libido, la sécheresse vaginale, le ballonnement, l'hypersensibilité des seins, la miction fréquente.

⁸² Lecourt Dominique (sous la direction de), *Dictionnaire de la pensée médicale*, op.cit., p. 937.

⁸³ Ruffié Jacques, *Naissance de la médecine prédictive*, Paris, Odile Jacob, 1993, p.240.

de fracture est sujet à controverse. En effet, le niveau de la densité osseuse ne peut pas présager, précisément, d'un risque de fracture ; par voie de conséquence, il ne peut pas être utilisé en tant qu'indicateur d'une thérapie à prescrire.

L'inscription de la santé dans le consumérisme scelle, donc, à mon sens, la disparition de la figure traditionnelle du thérapeute. En effet, la logique de fonctionnement du marché de la santé et du bien-être consacre la déqualification du praticien dans la mesure où elle le ravale, au mieux, au simple rang d'entremetteur :

« Ces professionnels [il s'agit des médecins] se rendent compte chaque jour davantage qu'ils sont devenus des intermédiaires quasi automatiques entre l'industrie pharmaceutique et la demande du client, c'est-à-dire de simples distributeurs de médicaments et de médication⁸⁴ ».

Il est à noter que les stratégies déployées par l'industrie pharmaceutique s'appuient sur les ressorts de la communication commerciale par l'intermédiaire de laquelle elle vante les bienfaits de ses produits, après avoir généré du mal-être et de l'anxiété à partir des événements de la vie courante, et suscité de l'attente sur les bénéfices escomptés de la consommation de médicaments. La stratégie de la mercatique pharmaceutique consiste, par conséquent, à créer les conditions qui permettent une modification du point de vue des bien-portants sur la santé et le bien-être. Il convient d'observer que les mercaticiens s'associent avec les experts en publicité pour cataloguer et définir, à la fois, les produits pharmaceutiques et leurs conditions d'utilisation, afin d'inciter les clients à porter un regard neuf sur les maladies et, à établir un lien entre leur état de santé et le médicament proposé, dans une perspective d'optimisation des ventes.

A l'analyse, il apparaît que le discours qui est tenu aux personnes s'articule autour de la prévalence des affections, leur gravité, et l'efficacité des traitements médicamenteux. Sa portée est, indéniablement, amplifiée par la validation que lui apportent les experts médicaux.

⁸⁴ Foucault Michel, *Dits et Ecrits II*, Paris, Gallimard, 2001, p.56.

Il faut bien voir que l'objectif poursuivi est de provoquer l'adhésion des bien-portants à un comportement consumériste par la conviction que des troubles occasionnels sont, en réalité, des affections qu'il convient de traiter médicalement.

On voit bien que, dans ces conditions, des voies thérapeutiques alternatives ne peuvent pas exister. En effet, un laboratoire pharmaceutique qui commercialise un médicament contre le cholestérol n'a pas vocation ni intérêt à prôner l'équilibre alimentaire, et à promouvoir la pratique de l'exercice physique. Convaincre les gens en bonne santé de la nécessité pour eux d'utiliser des médicaments qui ne leur sont pas destinés, et dont ils n'ont pas besoin puisque, par définition, ils ne sont pas malades est, par conséquent, une stratégie qui favorise l'accroissement des parts de marché. Il convient de souligner, une nouvelle fois, que l'industrie pharmaceutique contribue au processus de médicalisation par la transformation des hauts et des bas de l'existence quotidienne en pathologies. Ainsi, un enfant qui éprouve des difficultés à se concentrer souffre d'un désordre de l'attention, et celui qui ne tient pas en place est atteint d'un trouble de l'hyperactivité.

Il est à noter que la mercatique pharmaceutique s'appuie, bien évidemment, sur des relais d'opinion. Ainsi, l'un des moyens utilisés consiste pour le laboratoire pharmaceutique qui désire promouvoir l'un de ses produits à créer une association de malades atteints par la pathologie qu'il s'agit de traiter, et à mettre à sa disposition un site internet qui facilite les échanges d'information et les partages d'expériences. Alors, tout naturellement, l'association de malades devient un puissant vecteur de communication pour assurer la promotion des produits commercialisés par le laboratoire pharmaceutique. Mais, de fait, la création d'habitudes de consommation médicale est une stratégie insuffisante en soi. Il faut, en effet, qu'elles s'inscrivent, nécessairement, dans la durée. Aussi, l'une des stratégies mises en place pour y parvenir repose sur le développement de programmes d'aide à l'observance des traitements ; ce qui doit avoir pour effet, aux yeux du laboratoire pharmaceutique, de fidéliser le consommateur de substances médicamenteuses.

Notons que le pouvoir du laboratoire pharmaceutique repose, également, sur le statut ambivalent du médicament qui est, à la fois, un moyen thérapeutique et un élément qui contribue à la qualité de la vie. Il existe, par conséquent, des cas où le médicament ne soigne pas une maladie. Sa seule vertu est, alors, d'améliorer un état, certes insupportable pour la personne, mais qui serait, s'il était examiné par un médecin, jugé normal. Par ailleurs, une vérité s'impose. En effet, nous devons bien reconnaître que la logique du marché conduit à des conflits entre les intérêts commerciaux et les intérêts scientifiques. A l'évidence, le primat de l'intérêt commercial induit une dilution, voire une disparition de l'objectivité scientifique. Du coup, l'innovation se tarit et les essais cliniques sont simplifiés car ils signifient perte de temps et d'argent. De surcroît, il est manifeste que l'efficacité réelle de la substance médicamenteuse n'est pas, toujours, ce qui est fondamentalement recherché. Le laboratoire pharmaceutique en arrive, donc, à minimiser les effets indésirables⁸⁵, et à passer sous silence les résultats de recherches ou d'études peu favorables.

Ce qui est à retenir c'est, essentiellement, que l'homme moderne, selon la conception de l'industrie pharmaceutique, a vocation à mener une existence normalisée, c'est-à-dire à entrer dans le champ du pathologique, à être médicalisé, à être soigné par des substances médicamenteuses. Dès lors, on voit bien que, dans cette conception, la capacité de la personne à se différencier, à exprimer ses propres choix, à inventer ses propres conditions d'existence est déniée.

Mais, manifestement, l'industrie pharmaceutique n'est pas la seule à opérer sur le marché de la santé et du bien-être. C'est ce qu'illustrent, à mon sens, les pratiques de l'industrie agroalimentaire. Chacun peut partager l'idée qu'une nourriture saine et équilibrée contribue à l'hygiène de vie. Aussi, pour accroître ses parts de marché, l'industrie

⁸⁵ Dans le cas de l'hormonothérapie substitutive, l'argument de vente se base sur un tryptique hétérogène : l'apparence physique, la peur du vieillissement, la prévention d'une maladie, en l'occurrence l'ostéoporose, et non pas sur l'existence d'une pathologie. Les effets indésirables du traitement qui ne fait pas l'objet d'un consensus dans la communauté médicale sont passés sous silence. En fait, l'ostéoporose consiste à médicaliser un phénomène lié au vieillissement des individus, celui de la perte de densité osseuse qui n'est pas uniquement occasionnée par la diminution hormonale.

agroalimentaire développe une stratégie qui repose sur le fait que les personnes considèrent que la manière de s'alimenter conditionne leur santé. Il n'est, donc, pas étonnant de constater que l'industrie agroalimentaire utilise la santé comme moyen d'introduire ce qu'elle considère comme de la valeur ajoutée dans ses produits. Par conséquent, il devient, de ce fait, facile de comprendre l'émergence de notions comme celles d'aliment fonctionnel, d'aliment, d'aliment santé.

Nous devons à Dominique Lanzmann-Petithory d'avoir explicité le procédé de l'allégation qui est utilisé dans le domaine de l'alimentation :

« La démarche est très proche de la démarche pharmaceutique : une substance active est donnée à une certaine dose, et cette dose provoque un effet mesurable sur un marqueur : par exemple, trois grammes de bêta-glucanes donnés dans trois portions de flocons d'avoine font baisser le taux de cholestérol de 5 % chez des sujets atteints d'hypercholestérolémie. La seule différence avec un médicament est que cette dose de substance active doit entrer dans une portion réaliste d'aliment qui ne perturbe pas l'équilibre général de l'alimentation. Le grand enjeu de l'affaire est de pouvoir dire quelque chose sur le produit : « mon produit fait ceci ou cela », « fait baisser le cholestérol ». Cela s'appelle une allégation⁸⁶ ».

Selon le Codex Alimentarius⁸⁷, l'allégation est toute représentation qui énonce, suggère ou implique qu'un aliment présente certaines caractéristiques liées à son origine, à ses propriétés nutritionnelles, à sa nature, à sa production, à sa transformation, à sa composition ou à toute autre spécificité. Ainsi l'allégation nutritionnelle décrit le contenu en un nutriment ; par exemple, il contient 100 mg de calcium pour 100 g d'aliment. L'allégation fonctionnelle, elle, décrit l'effet connu ou démontré de ce nutriment sur une fonction de l'organisme ; il

⁸⁶ Lanzmann-Petithory Dominique, *La diététique de la longévité*, Paris, Odile Jacob, 2002, p.56.

⁸⁷ La Commission du Codex Alimentarius a été créée, en 1963, par la Food and Agriculture Organization (FAO) et la World Health Organization (OMS) afin d'élaborer des lignes directrices, et de produire des textes, tels que des Codes d'usages, dans le cadre du Programme mixte FAO/OMS dont l'objet est d'instituer des normes alimentaires. Les buts principaux de ce programme sont la protection de la santé des consommateurs, la promotion de pratiques loyales dans le commerce des aliments et la coordination de tous les travaux de normalisation ayant trait aux aliments entrepris par des organisations aussi bien gouvernementales que non gouvernementales.

contribue, par exemple, à la solidité des os. Notons que l'allégation s'applique aussi bien à la santé qu'à la maladie. Mais, il faut bien garder à l'esprit le fait que les produits élaborés par les services mercatiques de l'industrie agroalimentaire ne remplacent pas les éléments de base constitutifs d'une alimentation équilibrée que sont les légumes et les fruits. Il existe un autre volet bien connu de l'offre élaborée par les groupes industriels : les compléments alimentaires qui représentent plusieurs milliers de spécialités commercialisés dans les officines parapharmaceutiques et pharmaceutiques⁸⁸. Observons, aussi, que les aliments élaborés par l'industrie agroalimentaire sont également susceptibles de contribuer à l'embellissement des personnes⁸⁹.

La question qui se pose, dès lors, est de comprendre ce que signifie cette médicalisation de l'alimentation. A mon sens, l'une des explications plausibles est qu'elle est ancrée dans le besoin qu'éprouvent les personnes d'être rassurées sur leur santé, et de soigner leur apparence face à l'angoisse d'un corps vieillissant⁹⁰. Mais, à ma connaissance, aucun élément d'analyse ne tend à prouver que ces différentes gammes de produits parviennent à tenir les promesses annoncées. Rappelons, au passage, que l'industrie pharmaceutique utilise, elle aussi, les idéaux en vogue dans la société. Ainsi, les coûteuses préparations pour la peau qui véhiculent, à travers leur usage, la beauté et la jeunesse éternelle, participent incontestablement au processus de marchandisage de la santé et du bien-être. De fait, la beauté et la jeunesse deviennent des biens matériels achetables. A cet égard, il convient de remarquer qu'en se positionnant sur le créneau de l'anti-âge, les industriels et le corps médical se sont ouverts le marché par excellence puisqu'il est infini. Le vieillissement de la personne commence, en effet, dès sa naissance.

⁸⁸ Les produits vont des vitamines aux minéraux, en passant par les nutricosmétiques, les argiles, les compléments à base de plantes, les compléments destinés à soutenir la performance sportive.

⁸⁹ Ainsi, pour stimuler le tonus de sa peau malmené par une nuit courte, la personne est invitée à boire de l'eau au collagène.

⁹⁰ Il est à noter que, désormais, les produits cosmétiques tels que les crèmes, les gommages, les masques, se déclinent en version desserts : fondant, granité, mousses selon les préférences.

A l'évidence, les pratiques des industriels et des professionnels de santé consacrent l'émergence du consommateur qui agit à l'intérieur du marché de la santé et du bien-être. Dans l'acceptation de ce rôle, être en bonne ou en mauvaise santé ne correspond, par conséquent, pas à un ressenti des manifestations de l'esprit et du corps. L'état de bonne ou de mauvaise santé ressort, plutôt, de la confrontation avec les discours de la mercatique pharmaceutique et/ou agroalimentaire. Ainsi, au nom d'un droit à l'autonomie et à l'exercice d'une pleine responsabilité, le consommateur apprend progressivement à devenir un acteur à part entière dans les processus de santé. L'émergence de l'individu consommateur de produits et de services médicaux a pour conséquence, à mon sens, de modifier la nature de la relation thérapeutique.

Chacun peut aisément souscrire à l'idée que l'existence d'une maladie réelle nécessite le recours à un médecin. De fait, dans cette relation, le patient a peu à dire et à faire valoir sur les actes médicaux que le médecin entreprend, et sur le traitement qu'il lui prescrit. Par contre, l'économie de marché consacre le fait que la santé et le bien-être sont considérés comme des biens à acquérir par chacun d'entre nous. Comme nous l'avons évoqué, les actions de communication des laboratoires pharmaceutiques visent à créer un consommateur médical en jouant sur les inquiétudes des personnes, en instrumentalisant leurs sentiments de mal-être, en leur faisant miroiter les bienfaits apportés par tel ou tel produit. Mais, ce qu'il faut retenir c'est qu'il ne s'agit pas de n'importe quel produit. En effet, le produit qui est mis en valeur est celui qui est susceptible de dégager le maximum de profits pour la firme pharmaceutique concernée.

Par ailleurs, on comprend que le produit conçu par l'industrie puisse incarner une valeur existentielle. Ainsi une préparation pour la peau, de préférence d'un coût élevé, véhiculera la beauté et offrira une promesse de jeunesse éternelle. Il est à noter que la subtilité du discours tenu par les firmes pharmaceutiques consiste à convaincre chacun que le fait de se comporter en consommateur lui apporte une autonomie et une capacité à prendre en charge lui-même sa santé, avec efficacité. Le corollaire est, à mon avis, que la personne en vient, tout

naturellement, à considérer qu'elle est un agent économique libre de choisir parmi les produits et services médicaux qui lui sont proposés.

Il n'est pas niable, rappelons-le, que l'inscription de la médecine dans l'économie de marché transforme en profondeur la relation entre le thérapeute et la personne. En effet, elle devient une contractualisation entre un prestataire librement choisi à qui un client achète un service ponctuel. Mikkel Borch-Jacobsen analyse cette évolution symptomatique, à mon sens, de la modernité à travers la mutation de la psychothérapie dans le cadre de l'économie de marché :

« C'est le client qui décide d'opter pour tel ou tel système psychothérapeutique plutôt que pour tel autre, en fonction de ses besoins, de ses aspirations, et qu'il peut en droit le révoquer à tout instant s'il ne lui convient pas. La psychothérapie, de nos jours, n'est plus guère affaire de guérison mais plutôt de choix de vie, de shopping existentiel à l'intérieur d'une économie de marché où se vendent et s'achètent des psychés optionnelles⁹¹ ».

Dans ce contexte, on ne doit pas être étonné par le fait que puisse être évoqué l'existence de modes symptomatiques liées à l'apparition et à la disparition de pathologies que l'on peut, par conséquent, qualifier de transitoires⁹². Mais, épouser les diagnostics et les traitements à la mode présente un danger :

« Plus les patients se transforment en agents à part entière, plus ils acquièrent d'autonomie dans la façon de définir leur mal-être et de le « psychotechniciser », et plus il faut s'attendre à ce que cet autofaçonnement soit livré aux effets de mode et à la manipulation du marché du psychisme par les différents lobbies psychothérapeutiques⁹³ ».

Aussi, il n'est pas surprenant de constater que des troubles psychiatriques qui n'existaient, jusque là, que rarement sont en augmentation ; citons, à titre d'exemple, les troubles obsessionnels compulsifs, la dysthymie, la dépression récurrente brève. En fait, il semble bien

⁹¹ Borch-Jacobsen Mikkel, *Situation de la psychothérapie*, revue *Le Débat*, n° 152, Paris, Gallimard, 2008, p. 183.

⁹² L'auteur note, ainsi, qu'à partir des années 1980, les états anxieux sont remplacés par les états dépressifs.

⁹³ Borch-Jacobsen Mikkel, *Situation de la psychothérapie*, *op.cit.*, p. 191.

que plus le nombre de médicaments proposés pour soigner ces troubles augmente, et plus le nombre de personnes qui semble en souffrir progresse également, sans qu'il soit possible de déterminer si ce phénomène est dû à une meilleure efficacité de la médecine dans leur dépistage, ou s'il est provoqué par l'effet de l'offre faite aux patients d'adapter leurs souffrances aux thérapeutiques disponibles sur le marché.

Il convient de revenir, aussi, sur l'une des particularités de la modernité que nous avons mentionnée qui est que le médecin est celui qui répond aux demandes exprimées par les personnes, sans aucune autre justification que leurs propres aspirations. Dans ce cadre, il n'est pas étonnant de remarquer que la médecine technico-scientifique reçoit de nouvelles qualifications. C'est ainsi que Gilbert Hottois et Jean-Noël Missa utilisent le terme de « médecine de convenance » qu'ils définissent comme ceci :

« L'expression médecine de convenance désigne l'utilisation de techniques biomédicales à des fins autres que thérapeutiques, essentiellement esthétiques. Ce terme est à prendre dans un double sens, soit en rapport avec l'apparence corporelle déterminée par des images sociales et culturelles, soit comme l'expression d'un choix individuel et subjectif, ultimement une affaire de goût personnel⁹⁴ ».

A ce titre, nous pouvons considérer que le recours aux techniques de la chirurgie esthétique et l'utilisation de la procréation artificielle entrent dans le champ de la « médecine de convenance ».

Mais, il convient d'observer que la pratique de ce type de médecine n'est pas exclusivement réservée aux seuls membres du corps médical. Prenons l'exemple d'une personne de couleur en proie à un mal-être existentiel. Elle vit, en effet, la couleur de sa peau comme un handicap, car elle a la conviction que, pour plaire, il est nécessaire d'avoir le teint clair. Son désir est, par conséquent, de blanchir sa peau. Pour y parvenir, la technique utilisée est, généralement, celle de la dépigmentation artificielle de la peau. Mais, si elle est mise en

⁹⁴ Hottois Gilbert et Missa Jean-Noël, *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*, Bruxelles, Editions De Boeck-Université, 2001, p.584.

œuvre par une personne non qualifiée, sans aucun contrôle médical, elle est susceptible d'occasionner des troubles qui peuvent, même, conduire à la mort. De fait, accepter de prendre un tel risque revient, pour la personne, à affirmer que l'apparence a une valeur plus forte, plus fondamentale que la vie elle-même.

On trouve, également, une autre désignation de la médecine technico-scientifique sous le vocable de « médecine du désir » :

« La médecine du désir s'applique à des pratiques biomédicales qui se placent prioritairement au service de la satisfaction des désirs et phantasmes des individus et semblent s'éloigner ainsi des finalités thérapeutiques curatives et préventives, traditionnelles de l'art médical⁹⁵ ».

Pour les auteurs de cette définition, la « médecine du désir » englobe les techniques contraceptives et procréatiques, le transsexualisme, la médecine des prothèses, la médecine du sport, la psychopharmacologie, le choix du sexe, et sous un angle plus prospectif et spéculatif la transgénèse humaine, l'eugénisme, le clonage, et les cyber-techniques. Mais, à mon sens, il faut bien voir que le praticien qui œuvre dans le cadre de cette nouvelle approche de la médecine perd les traits identitaires initiaux de son activité. En effet, nous devons bien reconnaître que devenir un prestataire de services revient, pour le praticien, à accepter toutes les implications liées à l'observation des règles commerciales, c'est-à-dire le libre choix exercé par le client, sa mise en concurrence, la négociation de la prestation et de son tarif, la contractualisation de la relation avec le client.

A mon sens, l'existence même d'un marché de la santé contribue à gommer les caractères spécifiques de la pratique médicale. Ainsi, établir un diagnostic n'est plus une activité qui est l'apanage du médecin ; c'est, par exemple, le cas lorsqu'une esthéticienne propose à un client de traiter les taches sur sa peau ou sa couperose. Elle affiche, ainsi, le fait qu'elle considère que ces affections de la peau sont bénignes, et que, par voie de conséquence, elles ne nécessitent pas un examen médical. Le marché de la santé consacre, en ce qui me

⁹⁵ *Ibid.*, p.585.

concerne, le fait que les techniques médicales sont utilisées à d'autres fins que thérapeutiques puisqu'elles servent à améliorer l'apparence corporelle et les performances des personnes. Il n'est, donc, pas surprenant de constater que coexistent une chirurgie réparatrice dont la finalité est d'intervenir sur les diverses lésions traumatiques du corps humain et une chirurgie esthétique qui traite de l'aspect physique de la personne.

Si, par ses interventions, la chirurgie réparatrice tente de réduire le plus possible le préjudice esthétique provoqué par des traumatismes, des tumeurs superficielles, des malformations congénitales ; la chirurgie esthétique, elle, a pour objet d'effacer les disgrâces de certaines parties du corps affectées par le temps. Mais, il faut bien voir que la portée de ce type d'interventions est nécessairement limitée dans la mesure où elle laisse en l'état une problématique existentielle plus fondamentale. En effet, grâce à la chirurgie esthétique, la personne va, certes, paraître plus jeune, mais l'acte chirurgical ne va pas faire disparaître le vécu du temps qui s'est écoulé. Dès lors, on peut considérer qu'il n'y a plus de correspondance entre l'enveloppe matérielle du corps et l'intériorisation de l'existence passée dans le psychisme de la personne. On peut, à mon sens, légitimement, penser que cette dissociation et cette unité perdue sont susceptibles d'être à l'origine d'un mal-être existentiel profond. Par conséquent, on voit bien que troquer son apparence physique contre une autre se révèle, dans ce cas, illusoire.

Notons, au passage, que, lorsque la chirurgie esthétique est utilisée à la place d'une psychothérapie, l'intervention du médecin se déplace, de fait, de l'esprit vers le corps. Ainsi, l'être humain en souffrance s'attache à traiter son apparence physique, c'est-à-dire qu'il joue sur la différence entre ce qu'il donne à voir aujourd'hui, et ce qu'il va donner à voir demain, après l'acte chirurgical. La personne en vient, donc, à réduire l'être au paraître, et à poser comme postulat que son mal-être existentiel, en laissant le chirurgien opérer sur son corps, va disparaître et qu'elle va retrouver le bien-être. Ainsi, on peut dire que travailler l'apparence du corps soigne les blessures de l'âme. En utilisant les services de la chirurgie esthétique, la personne affirme que le problème est circonscrit uniquement à son corps et que son mal-être

existentiel est soluble dans la jeunesse et la beauté. Dès lors, la question se pose de savoir ce qui se passe lorsque la personne s'aperçoit qu'en dépit de l'intervention du chirurgien ses conditions d'existence n'ont pas fondamentalement changé et que son mal-être perdure. De surcroît, il est à noter que la réversibilité de l'intervention chirurgicale effectuée sur son corps n'est pas toujours possible. Par conséquent, l'éventuelle restauration de l'apparence physique antérieure n'est pas garantie.

Un tel cas de figure met en évidence le fait que, dans cette économie de marché particulière qui est celle de la santé et du bien-être, le médecin est en présence d'un problème d'éthique médicale. En effet, à mon sens, avant d'être satisfaite, la demande du client doit faire l'objet, de la part du thérapeute, d'une appréciation sur les éléments qui la sous-tendent afin d'être en mesure d'apporter la réponse la plus appropriée. Aussi, le praticien se doit, en conséquence, de bien analyser, préalablement à son intervention, les motivations de son client, et de s'abstenir, le cas échéant, de réaliser le geste chirurgical souhaité.

En fin de compte, ce qui est à retenir c'est que se soigner par soi-même, à l'ère moderne, consiste, aussi, pour la personne à se comporter en agent libre de ses choix parmi les produits et les services médicaux disponibles sur le marché de la santé et du bien-être, au gré de ses désirs et de ses convenances, sans éprouver le besoin de chercher, par elle-même, des voies alternatives. A l'évidence, il apparaît bien que cette attitude est confortée, soutenue et encouragée par l'industrie pharmaceutique pour laquelle il est fondamental d'ancrer dans l'esprit de la personne l'idée que la mise en œuvre constante d'une autonomie de décision, par rapport à l'offre marchande de produits et de services médicaux, contribue à sa santé et à son bien-être. En effet, rappelons-le, dans une pure logique commerciale, conquérir un nouveau client ne suffit pas. Il est, par voie de conséquence, impératif de le faire entrer dans un cycle de consommation de longue durée. L'idéal poursuivi, par la firme pharmaceutique, est, incontestablement, de fidéliser ses clients. Mais, pour y parvenir, il faut, nécessairement, que la personne, dans son comportement, se perçoive, non pas comme un être entravé par le consumérisme, mais comme un agent libre disposant et usant du pouvoir d'exercer des choix.

Il est de surcroît difficile d'ignorer, dans cette problématique, la dimension éthique des activités de l'industrie pharmaceutique. A cet égard, nous devons reconnaître que le fait de commercialiser des produits spécifiques, comme les médicaments, dont la destination est de maintenir les personnes en bonne santé ou de les aider à la retrouver, ne l'investit pas d'une responsabilité particulière. Or, il faut insister sur le fait qu'une substance médicamenteuse n'est pas un produit comme un autre. Elle génère des effets sur l'organisme. En conséquence, nous ne devons jamais oublier que la prise d'un médicament est toujours potentiellement inductrice d'un risque.

Aussi, il me semble nécessaire de rappeler qu'il existe quatre principes fondamentaux dans le domaine de l'éthique biomédicale. Ils s'appliquent, d'une part, à la recherche biomédicale dans un souci de moralisation et, d'autre part, aux décisions médicales et aux actes de soins. Il s'agit des principes d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et, enfin, de justice :

« Le principe d'autonomie affirme que chaque patient est une personne autonome, c'est-à-dire capable de faire des choix et de prendre des décisions : c'est le fondement philosophique de la règle du consentement éclairé des patients. Le principe de bienfaisance vise à assurer le bien-être des personnes, ce qui nécessite sur le plan médical, une prise en compte du rapport entre les risques et les bénéfices des différents actes de soins. Le principe de non-malfaisance reprend le *primum non nocere* (« ne pas nuire ») de la tradition hippocratique. Le principe de justice, enfin, consiste à ne pas faire de discriminations et à ne pas avantager uniquement les plus favorisés : il vise à réguler l'allocation des ressources et des moyens limités, qu'il s'agisse des organes pour une transplantation ou des budgets de la politique de la santé⁹⁶ ».

Or, à l'évidence, les modes de fonctionnement de l'industrie pharmaceutique mettent à mal les principes de la bioéthique médicale. Se pose, notamment, la question de savoir comment une personne peut exercer un libre choix, prendre des décisions pertinentes en toute connaissance de cause, et être autonome. Il est, en effet, indéniable que la conscience éclairée

⁹⁶ Marzano Michela, *L'Éthique Appliquée*, Paris, Presses Universitaires de France, 2008, p.21.

des personnes n'est qu'un vain mot lorsque l'information n'est pas objective⁹⁷ et que les discours tenus sur la santé sont conçus par les publicitaires. Dans ces conditions, il me semble difficile pour la personne de juger de la justesse et de la véracité des messages qui lui sont ainsi délivrés, sachant qu'ils ne s'adressent pas à sa rationalité mais à son affectivité. On peut, également, légitimement s'interroger sur ce que représente le bien-être lorsque les firmes pharmaceutiques, avec la collaboration de la communauté médicale, inventent des maladies. A mon sens, le principe de justice est, lui aussi, mis en question lorsque les médicaments de première nécessité ne sont plus accessibles aux populations qui ne disposent pas des ressources pour se les procurer.

En outre, paradoxalement, certains médicaments destinés à prévenir les risques s'avèrent en fait les accroître comme, par exemple, le traitement hormonal de substitution qui augmente le risque de crise cardiaque chez les femmes. Par ailleurs, il est généralement admis que les risques de pensée suicidaire deviennent plus importants parmi les jeunes qui consomment des antidépresseurs. On peut, par conséquent, pour moi, considérer, sans être excessif, que cette approche de la prévention des risques s'apparente plutôt à la mise en œuvre d'un principe de nuisance.

Il est incontestable qu'exploiter les hauts et les bas de la vie quotidienne, les plaintes les plus banales, la peur de la maladie, de la diminution et de la perte des capacités psychiques et physiques, de la mort, fabriquer des maladies constituent l'une des préoccupations dominantes du corps médical et de l'industrie pharmaceutique. En effet, la logique de fonctionnement du marché nécessite, comme nous l'avons vu, une extension constante du champ du pathologique. Par conséquent, la maladie ne peut plus correspondre à un état physiologique ou psychique objectif. Elle devient, nécessairement, une construction du corps médical et de l'industrie pharmaceutique qui utilisent les événements de la vie pour instiller

⁹⁷ L'information objective consiste à informer les personnes sur les risques encourus à prendre un médicament et sur les bénéfices escomptés. Ensuite, à partir de ces éléments d'appréciation, les personnes doivent pouvoir exercer leur libre choix, et décider de suivre ou de ne pas suivre le traitement prescrit.

du doute, de l'anxiété, du mal-être et susciter une demande liée à l'attente sur les bénéfices escomptés de la consommation de médicaments.

Dès lors, il apparaît bien que la santé des personnes n'est pas ce qui est recherché. Ce qui est visé c'est l'exploitation opportuniste des craintes individuelles au profit d'une confiance sans faille dans les produits commercialisés sur le marché de la santé. Dans ces conditions, on peut légitimement souhaiter que l'existence même d'un marché de la santé soit une incitation à repenser le rôle du médecin. On peut, en effet, concevoir qu'il soit appelé à exercer son sens critique et, par là même, à montrer son indépendance vis-à-vis des stratégies des firmes pharmaceutiques. Le thérapeute est, alors, celui qui contribue à une véritable éducation des personnes quant à la nature des maladies, à la pertinence des traitements, à l'utilisation raisonnée des médicaments. En ce sens, le médecin de l'ère moderne est celui qui est en mesure de démystifier la croyance qui incite la personne à penser qu'il existe une pilule pour chaque désagrément de l'existence.

A mon avis, privilégier le mode consumériste consacre la délégation, par la personne, de la prise en charge de sa santé à des tiers dont la visée est purement mercantile. De fait, par son attitude consumériste, la personne imprime sa marque sur son environnement. En effet, l'acte d'achat traduit une préférence, certes individuelle, mais qui possède une résonance sociale. Ainsi, il est indéniable que l'habitude qui consiste à acheter des produits et des services médicaux contribue à estomper les liens sociaux. Aussi, nous ne devons pas être étonnés de pouvoir observer, par exemple, qu'à l'ère moderne les liens d'entraide intergénérationnelle cèdent la place à l'achat, par la personne qui avance en âge, d'une couverture santé.

Nous avons, donc, vu que la médecine moderne possède trois traits spécifiques distinctifs : elle est technico-scientifique, elle a une propension à médicaliser les existences et elle s'inscrit dans la marchandisation de ses activités. Aussi, la mise en évidence des caractéristiques de la médecine moderne que nous venons d'opérer nous autorise, à mon sens,

à tenter de dresser un état des lieux relatif à ses approches conceptuelles des problématiques liées à la santé, aux moyens déployés pour offrir une meilleure efficacité des soins, à ses pratiques thérapeutiques, mais aussi à ses limites.

D) L'état des lieux de la médecine moderne :

Il est généralement admis que l'activité médicale s'exerce au bénéfice d'un être en souffrance qui sollicite une aide et une assistance. Aussi, la médecine est amenée à considérer que chaque cas pathologique est justiciable d'un traitement singulier. L'expérience montre, il est vrai, qu'elle a une réelle capacité à soigner des maladies de plus en plus complexes et à réparer des traumatismes aigus. Néanmoins, confrontée à certaines pathologies, la médecine technico-scientifique n'est pas en mesure d'apporter une réponse thérapeutique qui conduise le malade vers la guérison. Par conséquent, nous sommes amenés à reconnaître que sa compréhension des phénomènes pathologiques et son aptitude à les traiter efficacement demeurent, dans certains cas, relatives. De surcroît, il apparaît à l'analyse que plus la médecine progresse dans la connaissance des mécanismes du vivant, plus elle améliore ses stratégies thérapeutiques, plus elle affine ses techniques, plus elle utilise des substances médicamenteuses à l'efficacité renforcée, plus, paradoxalement, elle accroît l'éventail des pathologies et le nombre des malades. Il convient de rappeler, également, que la médecine technico-scientifique s'ingénie à s'ingérer dans chaque domaine de l'existence individuelle. En effet, son pouvoir normatif contribue à l'élargissement du champ du pathologique et à l'émergence de processus visant à médicaliser les existences. Enfin, il faut redire que la médecine moderne s'exerce dans le cadre d'un marché planétaire de produits et de services médicaux, qu'elle obéit, ainsi, aux règles économiques de l'offre et de la demande, et que le thérapeute est, alors, amené à devenir un prestataire au service des bien-portants et des malades.

Il n'est pas niable que la puissance de la médecine technico-scientifique s'exprime dans sa capacité à s'appuyer sur le décryptage des mécanismes du vivant opéré par la biologie, et à l'utiliser pour comprendre les phénomènes pathologiques. Cette démarche est, à

mon sens, essentielle à la pratique d'une médecine efficace, car elle est constituée le préalable indispensable à l'élaboration des stratégies et à la mise en œuvre des moyens thérapeutiques. Or, il faut bien être conscient du fait que la médecine est confrontée à un objet d'investigation particulier. En effet, la maladie, de par sa nature, révèle toute sa complexité. D'une part, les causes à l'origine des pathologies sont, selon les cas, des agents externes, des bactéries, des virus. D'autre part, la maladie peut également résulter d'un processus interne délétère à l'évolution variable. Il est à souligner que l'apparition d'une pathologie peut dépendre de comportements à risques ou s'expliquer par l'exposition à des facteurs environnementaux dangereux pour la santé. En outre, il faut bien voir que la pleine efficacité d'un traitement est soumise aux réactions organiques du patient, et à sa capacité à respecter les prescriptions thérapeutiques.

Pour le sens commun, la légitimité de l'intervention du médecin s'enracine dans la démarche initiale du malade qui sollicite son aide. Mais, à l'ère moderne, le médecin a appris à agir avant que la pathologie ne se déclare. La simple évocation de la vaccination⁹⁸ qui favorise une lutte efficace contre les maladies infectieuses permet de le comprendre. Mais ce n'est pas tout. En effet, nous sommes à même de constater que la recherche biomédicale affiche, dans sa traque aux biomarqueurs prédictifs, l'ambition de lire l'avenir de chaque personne, et de prévoir le développement potentiel d'une maladie. Dès lors, il semble bien que le décryptage préventif de la destinée médicale de chacun constitue un enjeu pour la médecine technico-scientifique.

Mais, il apparaît que vouloir anticiper sur l'expression des manifestations pathologiques conduit la médecine à devenir incitatrice. De fait, son action va viser à placer le bien-portant dans un rapport de surveillance constant de sa santé parce que son objectif est de déceler le plus tôt possible la présence de la moindre anomalie. Selon cette approche, nous

⁹⁸ Néanmoins, la vaccination est une technique médicale qui n'est pas exempte de risques puisqu'elle est potentiellement susceptible de provoquer une maladie. L'acte médical n'est donc jamais neutre. En conséquence, l'élaboration de la décision médicale doit s'opérer par un examen attentif des bénéfices escomptés de l'intervention et des risques qu'elle fait courir au bien-portant ou au malade.

pouvons dire que la médecine ne soigne pas un malade atteint par une pathologie, mais qu'elle prend soin d'une personne en apparente bonne santé, susceptible de porter la trace d'une anormalité organique. Aussi, nous pouvons, à mon sens, considérer qu'elle travaille à front renversé puisqu'elle soigne la santé. Il n'est pas étonnant, dans ces conditions, de constater l'émergence de la médecine prédictive qui est l'art de prédire une maladie future à partir d'examens génétiques.

On peut, par conséquent, parler de transformation de l'approche médicale :

« Jusqu'ici, la médecine, devant un malade, établissait un diagnostic d'où elle tirait un pronostic. Maintenant, elle cherche d'emblée à évaluer les capacités génétiques à partir de quoi elle prévoit le destin sanitaire de l'individu⁹⁹ ».

Mais, si la connaissance de la structure génétique d'une personne permet à la médecine de révéler des risques potentiels pour sa santé ou de se forger des convictions quant à l'apparition future d'une pathologie, elle n'élimine pas l'incertitude. En effet, aucun test prédictif n'est capable d'énoncer ce que sera réellement le futur état de santé de la personne, car, de fait, son destin n'est pas inscrit dans sa seule constitution génétique. Il est, par ailleurs, à noter que cette capacité de lecture de la médecine devient problématique lorsqu'elle est en mesure de prévoir la probable survenance d'une maladie grave, mais qu'elle ne dispose d'aucun moyen pour pouvoir la prévenir. Se pose alors la question du bénéfice réel que le test prédictif procure au bien-portant. Par ailleurs, il est à remarquer que si un test permet de prédire l'apparition future d'une pathologie, il n'est pas en mesure de prévoir la capacité du bien-portant à en assumer l'idée.

Il est indéniable que la médecine moderne s'attache à perfectionner ses techniques au bénéfice du malade. C'est ce que montrent les évolutions de la chirurgie qui révolutionnent la conception même de l'intervention. Ainsi, aujourd'hui, à partir des données produites par les techniques d'imagerie médicale, la chirurgie est en mesure d'élaborer ce qu'elle appelle le

⁹⁹ Jacob François, *La souris, la mouche et l'homme*, Paris, Odile Jacob, 1997, p.159.

clone numérique du patient. Le clone digital est une modélisation numérique tridimensionnelle d'éléments organiques du corps du patient qui est utilisée par le praticien pour simuler son intervention. Par cette approche, le chirurgien est à même de pouvoir répéter préalablement les gestes techniques de l'intervention. En fait, l'objectif qui est visé est de vérifier que la stratégie thérapeutique adoptée est celle qui correspond le mieux à la situation pathologique du patient. On peut, par conséquent, parler de simulation idéale qui serait celle qui permettrait de réaliser l'exacte interaction entre l'organe, objet de l'intervention, et l'instrument chirurgical, et de mesurer, ensuite, l'effet produit.

A l'évidence, l'expérimentation favorise la compréhension de la situation à laquelle le chirurgien est confronté. Le clone digital du patient permet, ainsi, au chirurgien une navigation virtuelle à l'intérieur du corps, au plus près de l'organe cible de l'intervention, pour décider, par exemple, de la trajectoire optimale pour accéder à une tumeur et l'enlever, ou pour choisir, avant de l'implanter, le meilleur emplacement pour un pacemaker. Si l'image virtuelle du patient permet au chirurgien de préparer l'opération en la simulant, elle constitue dans le même temps une source d'informations. Aussi, lors de l'intervention effective, les images virtuelles s'ajoutent à l'observation directe du patient. Le chirurgien dispose, par conséquent, de ce qui est dénommé une réalité augmentée. On peut légitimement penser que l'enrichissement de l'information permet au praticien d'obtenir la précision du positionnement des instruments chirurgicaux. En outre, il me semble que le geste technique qui a pu faire l'objet d'une simulation préalable offre au patient des conditions de sécurité renforcées lors de l'intervention.

Nous voyons bien que s'élabore ainsi, progressivement, au gré des avancées conceptuelles et technologiques, une chirurgie nouvelle où le praticien, après avoir défini la stratégie thérapeutique, préparera de façon virtuelle l'intervention par une répétition de gestes sur le clone digital du patient. Il en confiera, ensuite, la réalisation pratique à un instrument de

robotique médicale qui utilisera un logiciel d'opération programmée¹⁰⁰. On peut, par conséquent, dire que la dissociation entre la conception du geste et l'effectivité de sa réalisation par un opérateur unique est, de fait, consacrée. Il semble bien que ce découplage soit le gage d'une efficacité améliorée au bénéfice du patient. En effet, l'une des caractéristiques du robot chirurgical est de ne pas hésiter et de ne pas trembler.

Par ailleurs, nous sommes amenés à constater qu'au XXI^e siècle la chirurgie est devenue mini-invasive. Cette mutation technologique qui s'accompagne d'une révolution conceptuelle consiste à :

« Ne plus attirer à soi la lésion, en la faisant apparaître au travers d'une large incision, mais [à] se porter vers elle, en respectant au maximum la protection musculaire naturelle des viscères abdominaux¹⁰¹ ».

L'exemple de la chirurgie endoscopique transluminale par les voies naturelles nous aide à comprendre ce qui est en jeu dans cette nouvelle approche opérée par la médecine technico-scientifique. Ce concept est, de fait, l'aboutissement de la volonté de réduire le caractère invasif de l'intervention chirurgicale. La technique innovante qui est mise en œuvre consiste à introduire les instruments miniaturisés nécessaires à l'intervention chirurgicale dans la cavité abdominale du patient, par un orifice naturel, à l'aide d'un endoscope flexible jusqu'à l'organe ciblé. Elle facilite, par conséquent, l'accès aux organes du corps. En effet, elle ne nécessite aucune incision sur la paroi abdominale¹⁰² contrairement à des techniques comme la laparoscopie ou la chirurgie ouverte. Elle évite, ainsi, au patient d'éventuelles complications postopératoires qui peuvent nécessiter une nouvelle intervention chirurgicale. En outre, les douleurs postopératoires sont quasi inexistantes et le rétablissement rapide du patient est

¹⁰⁰ Ces programmes font réaliser par des robots des parties *réglées* de certaines procédures opératoires.

¹⁰¹ Hubinois Philippe, *Petite philosophie de la chirurgie, op.cit.*, p.74.

¹⁰² S'il n'y a plus d'incision de la paroi abdominale, l'accès à l'organe ciblé par l'intervention peut nécessiter l'incision de la paroi d'un viscère intra abdominal creux comme l'estomac, le vagin, la vessie.

assuré. De plus, le corps du patient, ainsi réparé, ne comporte aucune trace d'effraction visible. On peut dire qu'il est sans mémoire, dans l'oubli de l'intervention.

Mais, si elle est bénéfique pour le patient, l'utilisation de la technique de la chirurgie endoscopique transluminale par les voies naturelles confronte le chirurgien à des difficultés spécifiques comme l'atténuation de la sensation du contact entre l'organe et l'instrument, la perte de repères nécessaires à l'orientation du geste médical. Par ailleurs, l'image restituée par l'appareillage technique ne permet pas toujours au chirurgien de connaître exactement le positionnement spatial de l'instrument dans le corps du patient. Néanmoins, en dépit des problèmes que pose cette technique au chirurgien dans sa pratique, elle lui permet un perfectionnement de son geste qui devient à la fois plus précis et plus fiable.

Il faut bien reconnaître que l'appareillage conceptuel et technique de la médecine moderne permet de rétablir des situations jusqu'ici irrémédiablement compromises. Ainsi, la visualisation améliorée d'une tumeur cancéreuse contribue, indéniablement, à l'élaboration d'une stratégie opératoire plus efficiente. Ce qui est à retenir, à mon sens, c'est que l'efficacité de la médecine technico-scientifique s'exprime dans sa capacité à approfondir la compréhension d'un nombre croissant de pathologies, à mettre à la disposition des malades des stratégies thérapeutiques ciblées et efficaces ainsi que des traitements améliorés, avec une approche personnalisée de chaque cas.

Cependant, nous devons bien admettre que cette aptitude à comprendre et à entreprendre qui est la marque de la médecine moderne comporte ses propres limites. En effet, si la médecine n'a, certes, jamais été aussi efficace dans les soins qu'elle prodigue aux bien-portants et aux malades, elle se heurte, néanmoins, à une première limite qui est inhérente à la nature même du vivant dont les réactions restent, rappelons-le, largement imprévisibles. Nous devons bien nous rendre à l'évidence que le vivant ne se comporte jamais exactement comme la médecine technico-scientifique le prévoit. Il est, également, à noter que la présence de l'aléatoire dans l'exercice de la médecine tient au fait que le fonctionnement du

vivant ne se réduit pas uniquement à des principes physico-chimiques. Ainsi, ce n'est pas parce que des éléments pathogènes sont présents dans un organisme, qu'une maladie apparaîtra nécessairement.

En outre, à l'incertitude inhérente à toute action thérapeutique s'ajoute le fait que la manifestation pathologique est déjà par elle-même problématique :

« [...] la même maladie, réfractée par tel ou tel malade, se singularise et surtout se brouille, à ce point qu'on ne la reconnaîtra plus. [...] Dans la vie, nous n'assistons qu'à des situations incertaines et méconnaissables : le terrain ou les antécédents se chargent à eux seuls de tout rebrasser, ainsi que de différencier à l'excès "la nature du pathologique"¹⁰³ ».

Ainsi, les informations livrées par le patient, le choix et l'interprétation des données recueillies au cours de l'examen clinique, les éléments d'appréciation fournis par les investigations diagnostiques, l'expression des mécanismes sous-jacents à la maladie, l'imprévisibilité de l'évolution de la pathologie, le degré de pertinence des décisions prises et des traitements administrés, le comportement, les réactions du patient lors du traitement sont autant de sources potentielles d'incertitudes. Il faut bien se rendre à l'évidence que la présence de cette zone d'indétermination dans l'exercice de la médecine moderne a pour conséquence d'occasionner des mouvements de retour en arrière, des hésitations, des changements de diagnostics, des tâtonnements thérapeutiques.

Il est à remarquer, également, que la médecine technico-scientifique est confrontée à la réversibilité de ses acquis ; songeons, par exemple, au retour de maladies infectieuses qu'elle pensait, à juste titre, avoir vaincues. Il est, aussi, manifeste que le progrès médical s'accompagne de la multiplication des effets iatrogènes des soins :

¹⁰³ Dagognet François, *Savoir et pouvoir en médecine*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1998, p.19-20.

« Elle [il s'agit de la rationalité médicale] n'a pas trouvé sa limite parce qu'elle a rencontré des bornes extérieures mais parce qu'elle a, dans son progrès, suscité des antagonismes et provoqué, par les moyens mêmes de ses succès, de nouvelles sortes d'échecs¹⁰⁴ ».

On peut, donc, à mon sens, poser comme principe que la scientificité même de la médecine en constitue l'une des limites. En effet, si elle permet une meilleure efficacité dans les services rendus aux malades, elle est paradoxalement porteuse de dangers comme l'illustre, à juste titre, l'analyse foucauldienne de l'effet produit par le médicament :

« On sait, par exemple, que le traitement anti-infectieux, la lutte menée avec le plus grand succès contre les agents infectieux ont conduit à une diminution générale du seuil de sensibilité de l'organisme aux agents agresseurs. Cela signifie que, dans la mesure où l'organisme sait mieux se défendre, il se protège, naturellement, mais d'un autre côté, il est plus fragile et plus exposé si l'on empêche le contact avec les stimuli qui provoquent les réactions de défense¹⁰⁵ ».

Se révèle ainsi l'ambivalence de l'action de la substance médicamenteuse sur l'organisme. Elle produit dans le même mouvement un effet positif qui est la réduction de la manifestation pathologique, et un effet négatif qui est l'altération de la capacité de défense de l'organisme.

Mais, prendre un médicament adapté à une pathologie demeure, malgré tout, une attitude nécessaire et inévitable, empreinte de sagesse, si l'on veut rétablir sa santé. Néanmoins, nous devons être conscients du fait que l'absorption d'un médicament comporte toujours une part d'aléa quant à ses effets réels sur l'organisme. En outre, chacun est en mesure de se rendre compte que l'incertitude relative aux effets indésirables potentiels d'une substance médicamenteuse prend une nouvelle dimension avec l'apparition du médicament générique. En effet, il est indéniable que l'existence de ce type de substance pose la question de sa composition, de ses conditions de fabrication, de son efficacité réelle par rapport à la molécule princeps. On peut, donc, dire que l'exercice de la médecine moderne génère à la fois

¹⁰⁴ Canguilhem Georges, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*, *op.cit.*, p. 398.

¹⁰⁵ Foucault Michel, *Dits et Ecrits II*, *op.cit.*, p.46.

des effets positifs attendus et des effets négatifs non désirés. Nul doute que leur articulation et leur interaction favorisent la matérialisation du risque médical.

Il convient, par ailleurs, de reconnaître que la conception même de certaines actions thérapeutiques est de nature à induire des risques. Nous pouvons asseoir cette assertion sur l'exemple de la prévention du cancer du col de l'utérus à l'aide du vaccin contre les papillomavirus¹⁰⁶. Sur les cent cinquante types de papillomavirus qui sont actuellement recensés, il en existe une vingtaine de nature à générer des anomalies cellulaires sévères qui, dans certains cas, peuvent provoquer des cancers. La technique du frottis, par l'observation des cellules du col de l'utérus, favorise la détection des modifications cellulaires avant la manifestation d'un cancer et, permet, par conséquent, le traitement des lésions précancéreuses par le recours à la chirurgie. Mais, il convient d'observer que la technique du dépistage s'accompagne, désormais, d'un moyen d'action complémentaire : la vaccination¹⁰⁷. Aussi, le fait majeur qui est à souligner dans cette problématique, c'est que l'existence même d'un vaccin induit le risque de l'abandon du dépistage par la technique du frottis.

Or, il existe un consensus dans la communauté médicale pour penser que l'efficacité thérapeutique commande que le dépistage par la technique du frottis soit utilisé tout au long de la vie de la personne. A cet égard, il convient de rappeler que l'une des caractéristiques intrinsèques d'une substance vaccinale, de quelque nature qu'elle soit, est sa capacité à provoquer des réactions sévères de l'organisme. Ainsi, l'exemple de la prévention du cancer du col de l'utérus à l'aide du vaccin contre les papillomavirus montre, à l'évidence, que la médecine introduit un facteur de dangerosité, sans aucune nécessité apparente, sans aucune justification thérapeutique.

Il est étonnant d'observer, également, que, paradoxalement, le progrès médical porte en lui une capacité à générer de la souffrance. Tel est le cas lorsque, l'acte même du chirurgien qui consiste à réparer un corps accidenté, occasionne une souffrance psychique.

¹⁰⁶ Les papillomavirus sont des virus communs susceptibles d'infecter la peau et les muqueuses.

¹⁰⁷ Elle ne s'applique qu'à certains types de papillomavirus.

Ainsi, lorsque le geste technique malmène ses traits identitaires, le patient n'est pas toujours en mesure d'en supporter les conséquences. Quand, par exemple, le patient a été défiguré, il a de fait perdu l'image constitutive de son identité. Si l'intervention chirurgicale répare, elle lui donne une nouvelle apparence. Mais, le traumatisé ne retrouve pas l'image de lui-même qu'il connaît, celle qui était la sienne, antérieurement à la blessure et à la reconstruction. Il n'est, donc, pas niable que la substitution de l'image identitaire qui est opérée provoque un ébranlement profond, et qu'elle est susceptible d'occasionner un mal-être intense devant lequel, d'ailleurs, la médecine est impuissante.

L'état des lieux de la médecine moderne serait incomplet si nous ne rappelions pas qu'elle se singularise par son pouvoir coercitif d'instauration de normes comportementales destinées, de son point de vue, à préserver la santé des bien-portants. C'est bien, en effet, la médecine, qui définit selon des critères qui lui appartiennent ce qui est normal et ce qui ne l'est pas. Mais, il est à souligner que la normativité médicale est purement arbitraire :

« [...] l'anorgasmie – incapacité à éprouver un plaisir sexuel – est une “maladie” que soignent les médecins, mais l'incapacité à pleurer de chagrin n'est pas, suivant un critère tout aussi arbitraire, considérée comme une maladie. La dépendance aux drogues est une autre maladie, non celle à l'argent ou au pouvoir¹⁰⁸ ».

N'oublions pas que, par son inscription dans l'économie de marché, la médecine moderne consolide son assise, sa légitimité en fournissant à tous ceux qui le désirent les moyens de se conformer aux normes médicales et sociétales. En conséquence, ce qui est réalisable par la médecine devient un service marchand qu'un client, à la condition qu'il y mette le prix, a la possibilité d'acquérir. Néanmoins, il va de soi que la seule limite objective à la satisfaction du désir, de la convenance personnelle du client qui dispose des moyens financiers nécessaires, est celle des capacités de la médecine, à un instant donné.

¹⁰⁸ Skrabanek Petr, *La fin de la médecine à visage humain*, trad. Robert de Wilde, Paris, Odile Jacob, 1995, p.153.

Il est, en outre, à remarquer, que, dans cette conception marchande de l'activité médicale, la question de la différenciation entre ce qu'il convient de faire ou de ne pas faire ne se pose pas. En l'occurrence, il faut bien voir que le praticien ne tient pas un rôle de régulation éthique dans la satisfaction des désirs et des convenances personnelles. Si un arbitrage existe, il ne peut s'opérer que sur la base des conditions économiques de la prestation. On peut ainsi, de fait, constater que la médecine s'éloigne de ce qui constitue l'essence même de l'activité soignante.

Nous sommes bien obligés d'admettre qu'un malade est confronté à la manifestation de symptômes dont il n'est pas toujours en mesure d'apprécier la portée réelle, et d'en comprendre la signification. Aussi, il se trouve dans l'incapacité de déterminer l'issue heureuse ou malheureuse de l'épreuve qu'il traverse. Pour lever l'incertitude, pour saisir le sens de ce qui lui arrive et combattre efficacement sa pathologie, le malade fait, en règle générale, appel à un tiers de confiance, son médecin. Mais, il est à noter que, si cette relation procède, initialement, du crédit accordé au thérapeute, elle est, ensuite, marquée par la présence de facteurs qui peuvent l'ébranler : le degré de certitude qui affecte le diagnostic, la fiabilité de la prescription, l'effet réel des médicaments, l'inertie clinique. Dans ce registre, il convient de souligner qu'un soin efficace implique que le thérapeute qui initie un acte médical ait la capacité de se déprendre de certitudes ancrées dans sa sûreté de diagnostic, dans sa maîtrise technique, dans sa fréquentation des cas similaires. Nous ne devons pas nous en étonner car la présence de chaque nouveau cas pathologique signifie une entrée dans une zone d'incertitude, de risques constitués, comme nous l'avons évoqué, par l'imprévisibilité réactive même du vivant.

Ce qui caractérise la pratique médicale c'est qu'aucune attitude et aucun geste ne sont complètement reproductibles, malgré l'apparente similarité du cas pathologique considéré avec un cas précédemment traité. Par voie de conséquence, un thérapeute doit être à même de pouvoir questionner son approche du cas pathologique et sa pratique. Si son but est d'obtenir, par clairvoyance et perspicacité, la conciliation entre l'expressivité singulière du vivant et la

rationalité médicale, le médecin se doit de posséder, également, un talent qui lui appartient en propre :

« [...] un sens du vivant qu'on ne peut jamais pleinement rationaliser et qui se fonde sur un flair instinctif pour la vie elle-même. Développée à des degrés très divers selon les individus, cette sympathie vitale n'égale que bien rarement la sûreté originelle du médecin né en matière de diagnostic et de traitement¹⁰⁹ ».

Il faut bien voir que chaque acte thérapeutique est pour le médecin une expérience nouvelle à risques qui nécessite une capacité d'adaptation face à l'imprévisibilité des manifestations physiologiques de l'organisme du patient. Par ailleurs, il faut mettre en exergue le fait qu'une pratique médicale bien conduite est inséparable d'une prise en compte, empreinte d'humanité, de l'être singulier qu'est le patient :

« L'homme que nous opérons n'est pas qu'une mécanique physiologique. Il pense, il a peur, sa carcasse tremble s'il n'a pas le réconfort d'une vision de sympathie. Rien ne saurait remplacer pour lui le bienfaisant contact de son chirurgien, l'échange des regards, le sentiment qu'il est pris en charge, avec une certitude, au moins apparente, de gagner. Ce sont là des impondérables que l'on n'a pas le droit de sacrifier¹¹⁰ ».

Or, il s'avère, parfois, que l'humanité du médecin est mise à mal par ce que révèle, à son corps défendant, le spectacle du malade :

« [...] la vue de l'homme qui se désorganise fragilise l'image même de celui qui l'observe. [...] Il amplifie l'éloignement, pour éviter une sorte de contamination¹¹¹ ».

A la vérité, le bon thérapeute doit avoir présent à l'esprit le fait que le malade ne se réduit pas à son anatomie, à sa physiologie, mais qu'il est aussi porteur d'un référentiel constitué de valeurs auxquelles il croit. Autrement dit, l'équipe médicale en charge des soins

¹⁰⁹ Jaspers Karl, *Philosophie : Orientation dans le monde. Éclaircissement de l'existence. Métaphysique*, trad. Jeanne Hersch, Berlin-Heidelberg, Springer-Verlag, 1989, p.95.

¹¹⁰ Leriche René, *La philosophie de la chirurgie*, Paris, Flammarion, 1951, p.9.

¹¹¹ Dagognet François, *Savoir et pouvoir en médecine, op.cit.*, p.254.

doit prendre en compte ce qu'éprouve le malade, son angoisse, sa peur, ses espoirs et ce qu'il exprime : « Être de sentiment autant qu'œuvre de chair, l'homme a besoin d'être compris et soutenu dans ses angoisses¹¹² ». Par conséquent, il apparaît bien que l'acte médical ne se comprend pas comme la simple mise en œuvre d'une technique, si nécessaire et si efficace soit-elle. Doit être prise en compte la relation intersubjective entre le thérapeute et le patient. Aussi, à mon sens, l'art du praticien s'exprime dans la mise à distance, au moment opportun, de la technique pour laisser la place à la parole. C'est bien ce que dit le médecin qui apporte des éléments de réponse à l'angoisse existentielle que constituent la présence de la maladie et le travail de dislocation qu'elle opère sur le patient.

Mais, il faut souligner la difficulté que comporte le fait de prendre soin du malade. Le thérapeute doit être, en effet, capable de ne pas lui mentir, de ne pas occulter la réalité, d'éviter toute cruauté dans le choix des mots et toute violence dans leur expression. On voit bien que le soignant doit nécessairement composer avec la singularité du patient dont il a la charge. L'objectif est, alors, d'agir de telle sorte que le malade comprenne sa situation sans provoquer son effondrement psychologique. Il va de soi que laisser le patient sans aucun espoir de rémission, de guérison ajoute un traumatisme supplémentaire à celui qu'a constitué l'annonce de la maladie. Il semble bien que, seule, une pratique médicale attentive et respectueuse est à même d'éviter au patient le risque de l'instrumentalisation et de la dépersonnalisation. En fait, elle l'établit, surtout, dans sa prérogative légitime qui est de pouvoir choisir, à partir d'une information exhaustive, fiable et pertinente, la voie thérapeutique qu'il souhaite emprunter.

Or, à l'évidence, le mode de fonctionnement de la médecine technico-scientifique brise l'unité nécessaire à l'obtention d'une qualité des soins qui consiste à associer les connaissances médicales et les moyens thérapeutiques dont dispose le soignant, à une pratique attentive à la singularité du patient. L'une des explications réside, à mon sens, dans le constat qui peut être fait quant à la sacralisation, par la médecine, de la mesure :

¹¹² Leriche René, *La philosophie de la chirurgie*, op.cit., p.10.

«Tout est mesuré. Nous sommes même suffisamment audacieux - et c'est là une des sources d'erreur de notre médecine normée - pour fixer des valeurs standard, de sorte que l'on ne voit plus guère la maladie à l'œil, qu'on ne l'entend plus guère à la voix mais qu'on la lit avant tout à travers l'ensemble des valeurs mesurées fournies par nos appareils de mesure¹¹³ ».

En effet, il est à remarquer que la médecine moderne s'incarne dans une pratique distanciée où la lecture de valeurs chiffrées délivrées par un appareillage technique a supplanté l'observation, la palpation, l'écoute. On peut, par conséquent, légitimement penser que le recours exclusif à un appareillage technique, condensé de rationalité, estompe la richesse des observations cliniques et favorise une compréhension incomplète de la maladie.

Cette réduction technologique du diagnostic ne peut, à mon sens, que conduire à ne prendre en compte qu'une vue partielle de la réalité de la maladie ; celle qui est restituée par l'instrument d'observation, et à la considérer comme le tout de la maladie. Est alors, sans conteste, dénié au patient la qualité d'être le sujet de sa maladie. Il est réduit à n'être qu'un objet d'investigations médicales qui mobilisent des moyens techniques toujours plus sophistiqués. Dès lors, considéré comme un cas parmi d'autres, étudié en tant que tel, il est une source de données exploitables qui participe à l'élaboration d'une connaissance généralisable dans le cadre de protocoles expérimentaux standardisés. On peut dire, par conséquent, que l'instrumentalisation du malade et sa mise à distance sont favorisées par l'existence d'une médecine techniciste où :

« [...] la consultation consiste dans l'interrogation par ordinateur de banques de données d'ordre séméiologique et étiologique et la formulation d'un diagnostic probabilitaire, soutenu par l'évaluation d'informations statistiques¹¹⁴ ».

Dans ces conditions, le patient court, alors, le risque de rester seul, dans un sentiment de dépersonnalisation et d'abandon, confronté à ses interrogations et à ses angoisses :

¹¹³ Gadamer Hans-Georg, *Philosophie de la santé*, op.cit., p.108-109.

¹¹⁴ Canguilhem Georges, *Ecrits sur la médecine*, op.cit., p.41.

« Le malade se voit prisonnier d'un univers de machines, au sein duquel il est traité un peu comme une « matière première », sans pouvoir comprendre la signification des prescriptions qu'il doit subir ¹¹⁵ ».

A mon sens, la déshumanisation de la pratique médicale en constitue l'une des limites. Nous pouvons remarquer qu'elle s'opère dans la distanciation entre un thérapeute dont l'activité est centrée sur la technique, et un patient à qui est dénié le droit d'obtenir des réponses aux questions que suscite sa pathologie. En outre, il arrive même que le malade soit privé de sa propre capacité d'expression :

« [...] il suffit qu'un examen clinique abatte son verdict et l'oriente en conséquence, malgré ses interrogations, malgré tout ce qu'il avait à dire d'important et qu'il n'a pas pu dire faute de temps, faute d'un moment où parler, vers la suite des opérations. Il se sent dépossédé de lui-même ¹¹⁶ ».

Si, naguère, le médecin était celui qui écoutait le malade se raconter, narrer son histoire singulière, exprimer un ressenti, il est, désormais, celui qui confronte le patient avec une visualisation de lui-même à travers des clichés :

« Le sujet, scruté de l'intérieur par les divers écrans, télévision opératoire et autres scanners, est de moins en moins scruté de l'extérieur, par l'œil compatissant d'un praticien prêt à l'aider dans sa globalité ¹¹⁷ ».

Force est, donc, de constater que le patient, éprouvé par la maladie, angoissé, souffrant, est, de fait, délaissé au profit d'une objectivation de la maladie qui est désormais justiciable d'analyses et d'études de laboratoires. De fait, la pathologie est uniquement appréhendée dans sa rigueur toute théorique. Or, il faut bien voir que l'objectivité du savoir médical, la technicité du geste thérapeutique ne provoquent pas la dissolution de la singularité du patient et la subjectivité de ce qu'il vit. Par conséquent, ce qui est à retenir c'est que cette

¹¹⁵ Jaspers Karl, *Essais philosophiques*, trad. Laurent Jospin, Paris, Editions Payot, 1970, p. 162.

¹¹⁶ Dodier Nicolas, *L'expertise médicale*, Paris, Éditions Métailié, 1993, p.116.

¹¹⁷ Hubinois Philippe, *Petite philosophie de la chirurgie, op.cit.*, p.216.

approche dépersonnalisée laisse coexister deux points de vue antagonistes : celui d'une personne qui éprouve sa maladie et celle du théoricien de la santé qui appréhende la pathologie à travers la connaissance des lois de la physiologie. Aussi, en toute logique, la question se pose de savoir si nous ne sommes pas en présence d'un paradoxe qui est celui d'entrer dans une démarche thérapeutique en mettant entre parenthèses le patient qui éprouve les sensations liées au travail de la maladie en lui, et qui est capable de les exprimer.

On peut légitimement se demander, par ailleurs, si une action thérapeutique efficace peut faire abstraction du vécu du patient. Pour ma part, il me semble que l'anomalie organique, avant d'être appréhendée par le prisme de l'appareillage technique, est, d'abord, ressentie par le patient qui prend conscience que ses conditions d'existence se sont modifiées. Le malade est bien celui qui éprouve la sensation que l'altérité s'est insinuée en lui et qu'elle s'est instituée dans ses normes de vie habituelles. Dans ces conditions, le malade, et lui seul, sait intuitivement établir la ligne de partage entre le normal et le pathologique, et caractériser les éléments qui provoquent un déphasage avec ce qu'il ressent d'ordinaire. L'expression de la pathologie induit, en effet, une *autre allure de la vie* empreinte de souffrances, d'impuissance, de contrariété, de questionnement, d'angoisse quant à l'avenir. On voit bien que le regard porté sur soi revêt alors une acuité particulière. En conséquence, il m'apparaît que, même si les éléments d'appréciation que le malade dégage de sa situation pathologique sont le produit d'une connaissance intuitive, une bonne pratique médicale doit s'attacher à les prendre en considération, car ils sont riches d'enseignement pour le thérapeute dans son approche et sa compréhension de la pathologie.

Aussi, chacun peut convenir que, lorsqu'elle n'entend pas ce qu'exprime le patient et lorsqu'elle ne prend pas en compte son droit à exister, la médecine perd le sens de ce qui constitue une authentique activité de soin. Ainsi, le chirurgien, de par la nature technique de sa pratique, court le risque de perdre la dimension holistique du malade pour ne garder, comme objet digne de son intérêt, que la pathologie de son patient, et, plus particulièrement, l'organe sur lequel il intervient. Par conséquent, cette focalisation exclusive sur l'organe

incite à penser qu'il laisse à d'autres la prise en charge de la douleur du patient et son contrôle. L'enfermement du praticien dans la pure technicité du geste est susceptible, également, de le conduire à oublier de se projeter dans ce que va être la qualité de vie de son patient après son intervention.

En outre, il est à remarquer que le thérapeute est parfois conduit, au nom de la correction recherchée, à prendre des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. En présence de ce cas de figure, on peut légitimement considérer que le médecin perd sa faculté de discernement, et que, par conséquent, il soigne avec une obstination déraisonnable. Il peut, ainsi, être amené à privilégier la brève survie de son patient, arrachée parfois au prix de souffrances indicibles, au détriment de la qualité de son existence dans ses derniers instants de vie.

Il semble bien, alors, que l'approche du thérapeute consiste à se saisir de cette nature qui résiste afin qu'elle se soumette à la raison médicale. Il faut bien avoir conscience que nous avons affaire à une disjonction entre l'ordre de la rationalité de la médecine technico-scientifique orienté vers la maîtrise des phénomènes pathologiques du vivant et l'ordre du sens du vécu renvoyé à la subjectivité du malade. Dans cette configuration, face aux épreuves, à la détresse des expériences malheureuses de l'existence, la médecine technico-scientifique n'a rien à dire quant à leur signification. Or, il convient de rappeler que l'essence même de l'acte médical consiste à assister un être humain en situation critique :

« L'acte médico-chirurgical n'est pas qu'un acte scientifique, car l'homme malade qui se confie à la conscience plus encore qu'à la science de son médecin n'est pas seulement un problème physiologique à résoudre, il est surtout une détresse à secourir¹¹⁸ ».

Nous pouvons raisonnablement penser que l'écueil que constitue une pratique médicale uniquement inscrite dans une logique scientifique est évité lorsque s'établit un partenariat entre un patient et une équipe médicale. A l'évidence, l'instauration d'une telle

¹¹⁸ Canguilhem Georges, *La connaissance de la vie*, Paris, Vrin, 2003, p.45.

alliance est propice à l'enrichissement de la relation thérapeutique, et elle est de nature, me semble-t-il, à conduire à une authentique reconnaissance de la subjectivité du patient dans la mesure où il est associé à l'établissement du protocole de soins.

Ainsi, si nous prenons l'exemple de la reconstruction mammaire après un cancer du sein, le choix de la technique chirurgicale est, dans le cadre d'une alliance thérapeutique, dicté par les objectifs personnels de la patiente, par ses choix esthétiques, par le degré de tolérance qu'elle affiche vis-à-vis des différents types d'interventions possibles et de leurs séquelles. Dans ce cas de figure, l'enjeu, pour la médecine, ne consiste pas à reconstruire ce qu'elle a déconstruit. Il s'agit d'être à l'écoute de la patiente et de lui apporter l'aide nécessaire pour qu'elle puisse renouer avec elle-même. En effet, la patiente doit effectuer un travail sur elle-même qui consiste à parvenir à pardonner à son corps de s'être montré défaillant, à le réinvestir, à l'habiter à nouveau pour le réhabiliter, à le voir pour le laisser regarder, à le reconstruire pour se rétablir.

L'exemple de la maladie de Verneuil est une autre illustration de la nécessaire collaboration entre l'équipe médicale et le patient. En effet, l'évolution de cette pathologie chronique douloureuse, potentiellement invalidante, est difficilement prévisible. En conséquence, l'efficacité de la prise en charge de cette maladie est conditionnée par la prise en compte effective du vécu de chaque malade.

Rappelons que le soulagement de la douleur est un devoir pour le médecin. Mais, nous pouvons observer qu'il arrive que la médecine technico-scientifique se singularise par un déficit dans sa prise en charge. Or, l'expression de la douleur, expérience sensorielle et émotionnelle désagréable pour celui qui l'éprouve, possède une utilité propre pour l'équipe soignante, car elle lui permet d'appréhender l'évolution de la pathologie. En effet, elle alerte sur la présence d'un éventuel dysfonctionnement. Seulement, il faut bien avoir conscience que si ces manifestations ne correspondent pas à un état pathologique identifiable, elles sont de nature à influencer sur l'attitude de l'équipe médicale qui est alors amenée à relativiser la douleur

éprouvée par le malade, voire même à la dénier. En conséquence, la souffrance de la personne se réduit, de fait, à la dimension de sa maladie.

On peut dire que la douleur est ramenée à ses caractéristiques neurophysiologiques. Mais, en choisissant cette attitude, l'équipe médicale oublie que la pathologie et ses expressions ont partie liée avec la subjectivité du malade et avec son histoire personnelle. Cependant, force est de reconnaître qu'adopter une position d'écoute vis-à-vis de la plainte du patient, de réception active pour aider le malade à exprimer ce qu'il vit, et contribuer, ainsi, à atténuer sa souffrance demeure, à l'ère moderne, l'une des difficultés majeures que rencontre le soignant : « L'écart se creuse entre la prétention de la médecine à soulager les douleurs et sa capacité à écouter la plainte et à apaiser la souffrance¹¹⁹ ».

Comme nous l'avons déjà évoqué, la constitution d'un marché planétaire de produits et de services médicaux modifie en profondeur les conditions d'exercice de la médecine. De fait, la présence du médecin au côté du bien-portant ou du patient ne se justifie plus par la nécessité de le prémunir contre la maladie ou le soigner. Elle est, dans ce contexte inédit, motivée par le désir de lui vendre une prestation de services. Par conséquent, on peut, sans crainte d'être contredit, affirmer que le médecin et le malade n'appartiennent plus à la même communauté d'intérêts, qu'ils ne partagent plus un même objectif qui est d'obtenir, par exemple, dans leur confrontation avec la pathologie, une guérison. Aussi, on peut légitimement penser que la différenciation des motivations opérée par la marchandisation de la médecine est de nature à saper la confiance dont témoigne le malade vis-à-vis de son médecin.

Chacun peut admettre que la puissance de la médecine moderne s'incarne dans un niveau de compréhension, certes inégalé, mais incomplet des mécanismes pathologiques, dans la mise au point de stratégies thérapeutiques pertinentes et dans l'utilisation de techniques performantes. La médecine moderne a, également, appris à intervenir en amont des

¹¹⁹ Marin Claire, *Violences de la maladie, violence de la vie*, Paris, Editions Armand Colin, 2008, p.104.

manifestations pathologiques, ce qui a pour effet, par son pouvoir normatif et injonctif, de maintenir le bien-portant dans un rapport constant avec sa santé. Mais, le progrès médical se heurte à un vivant qui s'ingénie à se dévoiler sous un jour toujours plus complexe. Nous pouvons observer que les acquis de la médecine sont soumis à une réversibilité toujours susceptible de se produire. Il se trouve, également, que la médecine moderne doit, nécessairement, composer avec l'incertitude, le risque, l'irréductibilité de la capacité singulière d'expression du vivant, l'imprévisibilité et l'indétermination. Par ailleurs, chacun sait que l'acte médical est porteur de dangers. Il arrive aussi que la lutte contre une manifestation pathologique se paye d'une fragilisation de l'organisme. En outre, il faut bien admettre qu'une pratique médicale par trop techniciste ne permet pas d'appréhender la maladie dans toute sa complexité.

A l'évidence, un double constat s'impose. D'une part, le niveau actuel qui est atteint dans la compréhension des phénomènes pathologiques et le degré d'efficacité thérapeutique qui est produit sont liés à l'état des connaissances scientifiques, à l'existence de stratégies appropriées, à la disponibilité de moyens spécifiques et adaptés. D'autre part, le niveau de progression atteint par la médecine à un instant donné traduit, également, son incomplétude temporaire. Aussi, nous devons prendre conscience du fait que, confrontée à une impossibilité thérapeutique, la médecine a besoin d'être alimentée par un apport de connaissances scientifiques sur les mécanismes incompris ou insoupçonnés du vivant pour être à même de pouvoir reprendre sa progression dans l'exploration des phénomènes pathologiques.

En l'occurrence, c'est bien le développement du savoir qui entrouvre des fenêtres conceptuelles nouvelles sur la compréhension des maladies, et sur la mise au point de stratégies thérapeutiques efficaces. Ainsi, les travaux menés sur les spécificités des processus cellulaires illustrent les liens infrangibles qui existent entre la science et la médecine :

« [...] prolifération-renouvellement, d'une part, et mort cellulaire, d'autre part, sont les deux processus fondamentaux de la survie de l'organisme. Le premier de ces deux processus porte en germe la production ininterrompue des cellules, c'est-à-dire l'immortalité ; l'autre, au contraire, œuvre à sa disparition. Leur étude nous donne des clés décisives pour comprendre comment se développent nos organes et comment ils se maintiennent en bon état. Elle ouvre aussi des perspectives sur l'explication de l'origine du cancer et sur une médecine capable de régénérer les organes lésés (par exemple le cœur après un infarctus)¹²⁰ ».

Mais, cette approche, si elle est nécessaire, est insuffisante en soi. En effet, il faut rappeler que la validation d'une nouvelle stratégie thérapeutique demeure liée au succès dans le traitement d'un cas singulier. Il semble légitime de penser que la diminution des maladies aiguës et la prévalence accentuée des maladies chroniques illustrent le mouvement de la médecine moderne qui oscille entre l'absence de progrès et la réalisation de percées plus ou moins décisives. Si la maladie chronique correspond à une absence de solution médicale pour une pathologie déterminée, elle signifie, également, que de nouveaux moyens thérapeutiques, sans réussir à obtenir une guérison complète, sont parvenus à faire disparaître le caractère systématiquement létal de la pathologie. A l'évidence, la nature même de la maladie chronique conduit la médecine à procéder à un renouvellement de son approche thérapeutique.

En règle générale, l'attitude réactive consiste pour un médecin à répondre à la sollicitation d'un malade qui présente des symptômes douloureux ou qui voit l'une des fonctions de son organisme altérée. Or, la maladie chronique présente une caractéristique singulière. En l'état actuel des connaissances médicales, elle est une affection dont le malade ne guérit pas. On peut dire qu'elle laisse le médecin sans réaction. Plus exactement, il ne peut intervenir que dans la mesure où il est capable d'apporter une amélioration aux conditions d'existence du malade atteint par une pathologie chronique. Se vérifie, ainsi, le fait qu'en médecine, la compréhension d'un mécanisme morbide n'induit pas la mise au point d'une

¹²⁰ Le Douarin Nicole, *Les cellules souches, porteuses d'immortalité*, Paris, Odile Jacob, 2007, p.11.

stratégie thérapeutique efficace. Si les progrès de la génétique moléculaire offrent au corps médical les moyens de prédire ou de diagnostiquer un nombre croissant de maladies génétiques, il s'avère, néanmoins, que cette capacité heuristique se heurte encore trop souvent à une terrible impuissance à soigner.

Nous devons, en effet, admettre que si la médecine technico-scientifique progresse dans la compréhension des interactions entre les facteurs qui interviennent dans une maladie, elle n'est pas parvenue à une connaissance exhaustive des phénomènes pathologiques. A la vérité, nous devons bien nous rendre à l'évidence : le progrès dans le déchiffrement des mécanismes du vivant dévoile, de fait, une réalité mouvante ; songeons aux formes recombinantes circulantes des virus, et toujours plus complexe. Ainsi, une pathologie telle que le cancer n'est, aujourd'hui, qu'en partie comprise, comme nous le rappelle Elias Zerhouni :

« [...] le cancer est en réalité composé d'un grand nombre de sous-types différents, dont chacun peut dépendre d'une douzaine de voies moléculaires contenant elles-mêmes des centaines de molécules dont les interactions ne nous sont encore que partiellement connues¹²¹ ».

On peut, par conséquent, à mon sens, en déduire que la haute complexité du vivant met à l'épreuve la raison médicale qui doit comprendre les relations entre des facteurs de nature diversifiée qui sont à l'œuvre dans les maladies graves. Cette approche demeure essentielle pour appréhender la signification des manifestations pathologiques. Elle nécessite, donc, un approfondissement des mécanismes de fonctionnement des systèmes biologiques. Mais, si le corpus de connaissances qui constitue la base de la pratique médicale est en expansion rapide, il n'en demeure pas moins fragmentaire. Force est de constater, en effet, que la capacité de progrès de la science médicale permet son enrichissement, mais sans qu'il soit permis d'entrevoir son achèvement.

¹²¹ Propos tenu par Elias ZERHOUNI lors de la leçon inaugurale intitulée « *Les grandes tendances de l'innovation biomédicale au XXIe siècle* », prononcée le 20 janvier 2011 au Collège de France. Ce texte est consultable sur le site internet : <http://lecons-cdf.revues.org>.

Ce qui est à retenir c'est, essentiellement, qu'au fur et à mesure de sa progression, la science médicale se heurte, paradoxalement, à une amplification de la complexité des phénomènes vitaux qui restent à comprendre. A cet égard, nous devons à Paul Valéry, dans son *Discours aux chirurgiens*, d'avoir mis en évidence l'interaction particulière qui existe entre la science médicale en développement et son objet singulier, le vivant :

« Mais l'accroissement des moyens a multiplié les faits nouveaux tellement que la science s'est vu modifier par son action sur elle-même, jusque dans son objet. Elle est contrainte de modifier, presque à chaque instant, ses conceptions théoriques pour se tenir en équilibre mobile avec ces faits inédits, qui croissent en nombre et en diversité avec ses moyens¹²² ».

Nous avons, donc, vu que la médecine technico-scientifique possède ses propres marques distinctives. Ainsi, elle est à même de développer et de mobiliser des connaissances scientifiques d'un niveau inégalé pour comprendre le fonctionnement de l'organisme humain, et analyser les mécanismes pathologiques qui l'affectent. A l'évidence, le perfectionnement de ses techniques contribue au rétablissement de situations irrémédiables. Elle est, également, en mesure d'empêcher la manifestation de certaines maladies. Mais, si le service rendu aux malades est en amélioration constante, il faut bien reconnaître que la médecine technico-scientifique ne maîtrise pas complètement les phénomènes pathologiques. Par conséquent, l'établissement d'une normalité d'existence demeure soumis au risque de l'aléa thérapeutique.

Par ailleurs, il faut garder présent à l'esprit le fait que la médecine technico-scientifique offre comme caractéristique de viser à la standardisation des comportements liée à ce qu'il convient d'appeler une maintenance de la santé. En outre, il faut bien admettre que les processus de normalisation des conduites et le façonnage du pathologique contribuent incontestablement à la médicalisation des existences. De plus, nous devons reconnaître que les activités médicales s'inscrivent dans une logique de marché, et que, par conséquent, elles favorisent l'émergence du consommateur médical avec pour objectif de satisfaire ses désirs ou ses convenances personnelles.

¹²² Valéry Paul, *Discours aux chirurgiens*, Paris, Librairie Gallimard, 1938, p.38-39.

Même si elle est parfois mise à mal, il n'en demeure pas moins vrai que la pratique médicale demeure la rencontre de deux subjectivités. Malade, la personne est confrontée à l'appréhension face à son devenir, à la nécessité de prendre des décisions, à la crainte quant au déroulement et aux suites des soins qui vont lui être prodigués. En conséquence, il apparaît bien que la parole informative et apaisante du médecin est indispensable. C'est elle, en effet, qui contribue à l'établissement de la confiance qui sous-tend l'efficacité des soins. Il ne faut pas oublier que le colloque singulier entre le patient et le médecin a, également, pour objectif de s'assurer que le retour à des conditions d'existence satisfaisantes est possible. Or, il convient de le redire, une pratique médicale exclusivement centrée sur la mise en œuvre de techniques thérapeutiques occulte l'expression de la subjectivité du malade. De ce fait, il semble bien que la médecine technico-scientifique perde le sens constitutif de l'activité soignante.

Il n'est pas niable, à mon sens, que les caractéristiques de la médecine moderne induisent des effets singuliers sur la personne qu'elle soit malade ou bien-portante. Aussi, pour le démontrer, nous allons nous appuyer sur trois exemples. Nous évoquerons, tout d'abord, le vacillement identitaire qui peut être provoqué par des interventions chirurgicales réparatrices parce qu'elles modifient, en profondeur, le schéma corporel du patient. Ensuite, nous procéderons à l'examen d'un cas particulier, celui du malade chronique, que la médecine invite, expressément, à prendre en charge les soins afférents à sa situation pathologique. Enfin, nous nous attacherons à montrer que lorsque la médecine se montre normative et injonctive, elle a une propension à faire entrer les personnes dans des processus de médicalisation, ce qui peut avoir comme conséquence de leur faire perdre leurs propres capacités à se soigner par elles-mêmes.

1-2 Les mises en situation de la personne :

Rappelons, tout d'abord, que la médecine moderne se caractérise par un approfondissement jamais atteint, à ce jour, de la connaissance des mécanismes du vivant, et par l'utilisation de techniques inédites qui permettent d'explorer l'organisme au plus profond

de sa structure. Il est indéniable que le progrès des techniques médicales et chirurgicales offre à la médecine des possibilités inégalées pour traiter efficacement un nombre croissant de pathologies complexes, pour restaurer des capacités altérées, des fonctionnalités réduites, pour rétablir des situations traumatiques jusqu'ici irrémédiablement compromises. Il est à remarquer que la médecine technico-scientifique s'est engagée dans la définition de normes de santé, dans la production de données chiffrées, dans l'établissement de statistiques, dans la construction de référentiels qui sont autant d'éléments qui visent à rendre compte du fonctionnement du vivant. Mais, malgré les efforts qu'elle continue de déployer, elle n'est pas parvenue à une description exhaustive des mécanismes du vivant. On peut légitimement penser que cette incompréhension qui se veut temporaire explique que la médecine ne soit pas en mesure, pour chaque pathologie rencontrée, de proposer au malade une stratégie thérapeutique à l'efficacité certaine. Par ailleurs, nous devons, à nouveau, mettre en évidence le fait qu'une pratique par trop techniciste de la médecine contribue à la disparition du malade comme être singulier. Aussi, il me semble, à l'évidence, que l'incapacité de la médecine technico-scientifique à obtenir, avec certitude, une guérison, et une pratique qui ne prend pas en compte le patient sont de nature à favoriser l'exploration, par les personnes, de voies alternatives.

Si la médecine dispose du pouvoir de tenter les prouesses techniques les plus audacieuses, au bénéfice de la santé des patients, avec de réelles chances de succès, il n'en demeure pas moins vrai que certaines interventions chirurgicales réparatrices sont, paradoxalement, porteuses d'un risque non médical. En effet, elles sont de nature à rendre l'identité de la personne concernée problématique. Il arrive, parfois, que l'effet produit par la reconstruction chirurgicale excède la capacité que possède le patient d'en supporter les conséquences physiques et d'en réaliser l'intégration psychique. Par ailleurs, nous pouvons observer que l'impuissance¹²³ provisoire de la médecine à obtenir une guérison définitive,

¹²³ Dans le cas d'une pathologie mortelle convertie en maladie chronique, l'impuissance à guérir représente, néanmoins, un progrès dans la situation thérapeutique du patient.

dans le cas de certaines pathologies, la conduit à instituer le malade comme mandataire du corps médical avec la mission de se prodiguer des soins à lui-même. Mais, nous ne devons pas occulter le fait que l'assujettissement, sans effort réflexif, aux normes érigées par la médecine et par la société, dans le domaine de la santé et du bien-être, a pour conséquence de déposséder la personne de son aptitude à établir, par elle-même, ses propres modalités d'existence. Enfin, la constitution d'un marché planétaire transforme les bien-portants et les malades en consommateurs plus ou moins avertis de produits et de services médicaux. Outre le fait que les achats sans discernement sont potentiellement dangereux pour la santé, l'acte consumériste a pour effet de dispenser la personne d'analyser les facteurs qui ont conduit à la maladie, à la souffrance, au traumatisme et d'explorer des voies alternatives à la médicalisation. Pour ma part, j'estime que les caractéristiques de la médecine moderne que nous venons d'énoncer déterminent à la fois la conception et la pratique du soin qu'une personne se doit à elle-même.

Il est patent pour chacun de constater que la médecine technico-scientifique rencontre des échecs, se heurte à des limites, suscite des doutes, produit des effets iatrogènes, génère de l'insatisfaction quant à ses principes de fonctionnement et quant aux méthodes utilisées pour soigner les malades. De fait, la référence exclusive à la technique conduit à l'exclusion du patient du champ médical en tant qu'être singulier intervenant dans le processus thérapeutique. Dans ce cas, on peut dire que le médecin opère une cristallisation sur un objet façonnable, modelable selon la technique employée. Il croit, alors, pouvoir déposséder la nature de son pouvoir de restauration. Aussi, en se départissant de son rôle d'inducteur vis-à-vis de la faculté de la nature à pouvoir amorcer un processus de guérison, le médecin l'oublie et la nie :

«Si, par exemple, je donne de la quinine à un patient atteint de malaria, je ne suis que l'occasion pour que la quinine détruise les amibes. C'est le corps du malade qui le guérit alors. Quand le médecin sait être simple occasion, l'être-ensemble peut encore prendre toute sa place

lors d'une telle thérapie. Mais quand le médecin se conçoit lui-même en tant qu'effectuant la guérison sur un objet, l'être humain et l'être ensemble ont alors disparu¹²⁴ ».

On peut légitimement penser que le recours exclusif à la scientificité et à la technique comporte le risque, pour la médecine, de perdre la personne qui, en réaction, est alors tentée d'échapper à sa domination en recherchant, et en expérimentant par elle-même des voies alternatives pour se soigner :

« La médecine moderne paye ainsi cher sa volonté de déploiement de l'unique rationalité, dès lors que le patient rêveur ou suspicieux cherche une médecine à la fois efficace et porteuse de nourritures psychiques excitantes. La médecine scientifique doit alors assumer comme un poids, comme un pôle négatif, sa neutralité, son objectivité, son discours épuré et techniciste, se voyant rejetée en même temps que l'ensemble des valeurs de la civilisation européenne ou occidentale, coupables d'avoir désenchanté le monde et la vie¹²⁵ ».

A mon sens, l'inaccessibilité de la médecine moderne, l'attachement à certaines croyances, l'insatisfaction créée par les méthodes invasives utilisées, la surmédicalisation, la recherche d'une prise en charge de la dimension subjective des pathologies sont autant de facteurs qui expliquent le recours aux médecines alternatives. On comprend, dans ces conditions, que la personne qui estime que la médecine moderne n'apporte pas les réponses attendues dans le traitement de sa problématique de santé soit naturellement portée à rechercher une offre de soins différenciée qui repose sur des thérapies réputées plus douces et plus naturelles, si possible sans effets iatrogènes :

« Les médecines alternatives sont d'abord recherchées par des patients qui ont opté pour une relation thérapeutique non technicienne, fondée sur l'écoute, la prise en compte holistique du patient, la disponibilité en temps [...] s'approchant ainsi du type de psychothérapeute pour qui

¹²⁴ Hubinois Philippe, *Petite philosophie de la chirurgie*, op.cit., p.289.

¹²⁵ Wunenburger Jean-Jacques, *Imaginaires et rationalité des médecines alternatives*, Paris, Les Belles Lettres, 2008, p.180.

les déficiences du corps doivent être rapportées à une connaissance du psychisme, de l'histoire, du milieu, voire du passé, du patient¹²⁶ ».

On peut, donc, penser que le recours à une pratique médicale alternative exprime, d'une part, la liberté de choix de la personne quant aux moyens à mettre en œuvre pour parvenir à la guérison ; et signifie, d'autre part, la mise à distance d'une conception du soin jugée inappropriée par rapport à ses attentes.

Il n'est, donc, pas surprenant de constater que, pour se maintenir en bonne santé ou se soigner, le bien-portant comme le malade peuvent prendre en considération des éléments naturels comme l'air, l'eau, la terre. Aussi, l'utilisation de techniques ou le recours à des pratiques censées produire des effets bénéfiques, voire thérapeutiques, comme les bains de boue, le thermalisme, la vie au grand air ou en altitude sont alors privilégiées. On peut, ainsi, dire que la nature inspire les modes de vie sensés assurer le maintien de la santé, et suscite les bons usages thérapeutiques en cas de maladie. S'invente, alors, une contreculture qui repose sur le primat accordé au bien-être et à l'épanouissement personnel en corrélation avec les problématiques de santé. On peut logiquement en déduire que l'intensification qualitative du lien instauré avec la nature est associée à la présence de la santé et à l'atteinte du bien-être.

Mais, il faut bien reconnaître que les médecines alternatives ne sont pas exemptes de pratiques contestables comme la promotion de médicaments miracles contre des pathologies létales ou de dérives sectaires comme, par exemple, l'aliénation de la liberté de la personne dans une communauté, au nom de sa santé. Nous nous devons, bien évidemment, de souligner que ce type de médecine alternative à risques n'a aucun rapport avec des médecines traditionnelles millénaires, aux formes spécifiques certes, mais aux succès avérés, comme la médecine chinoise ou la médecine indienne.

¹²⁶ *Ibid.*, p.157.

Il convient, maintenant, de s'intéresser à un premier exemple d'effet produit par la médecine technico-scientifique sur un patient. Il s'agit du vacillement identitaire provoqué par une intervention chirurgicale dont la finalité est de réparer un traumatisme physique.

A) Le vacillement identitaire :

C'est là, en effet, que nous allons être amenés à rencontrer une situation à priori paradoxale. Si la médecine technico-scientifique intervient bien pour réparer un dommage corporel, la nature même de son action est susceptible de provoquer chez la personne victime d'un traumatisme physique ce qu'il convient d'appeler un vacillement identitaire. Sans contestation possible, l'objectif poursuivi par le chirurgien est de procurer au patient un bénéfice capable de le réinsérer dans une normalité d'existence individuelle et sociale. Mais, l'obtention d'un bienfait thérapeutique pour le patient se paye, dans des interventions chirurgicales particulières, d'un ébranlement significatif de ce qu'il est, au risque de provoquer une déstabilisation identitaire. C'est le cas lorsque le patient perd ses repères et que les traits constitutifs de son identité se brouillent. Bref, il ne sait plus qui il est.

En effet, au traumatisme initial provoqué par l'accident ou la maladie et au choc occasionné par l'intervention chirurgicale succède la nécessité, pour le patient, de devoir affronter et résoudre des problématiques sans commune mesure avec celles qu'il est susceptible de rencontrer dans une pathologie, aussi grave soit-elle. Rappelons que la chirurgie possède la capacité d'offrir au patient une réponse à une situation pathologique ou traumatique qui altère les fonctionnalités de son organisme ou qui met en jeu son existence. Dans ce cas, le geste technique réparateur est, pour le patient, une promesse de rétablissement ; mais, il est de nature à produire, comme nous l'avons évoqué, un effet inédit qui est celui de contribuer à une déstabilisation identitaire du patient.

Pour illustrer cette thématique singulière, nous allons nous servir deux exemples, à savoir celui de la reconstruction mammaire après un cancer du sein et celui de l'allogreffe de tissus composites au niveau de la face. Ils vont nous permettre de

mettre en évidence les implications et les conséquences du geste chirurgical sur les conditions d'existence du patient.

Tout d'abord, il faut bien voir que les gestes techniques du chirurgien, l'ablation et la reconstruction du sein, ont à voir avec l'identité de la patiente et avec l'image de la féminité. Le sein possède, en effet, une charge symbolique : « Tout serait si simple si le sein n'était qu'une glande, si l'allaitement n'était que la lactation. Mais le sein est la femme dans sa totalité. Il est un univers¹²⁷ ». C'est un fait. L'irruption de la maladie porte en elle l'annonce d'une transformation du schéma corporel. Nous devons convenir que la mastectomie mutilante initiale provoque un premier ébranlement identitaire. En effet, lorsque la patiente affronte l'épreuve du miroir, l'image reflétée est le corps d'une autre qui lui ressemble, certes, mais qui n'est plus elle. Elle découvre alors l'*inquiétante étrangeté* de ce corps amputé. En outre, l'image du miroir est potentiellement menaçante car elle est l'indication de périls à venir. Par conséquent, elle s'oppose à la mise à distance, à l'oubli de la maladie. De surcroît, l'identification à cette image est d'autant plus difficile que l'atteinte corporelle traduit l'inscription de la souffrance psychique, de la détresse individuelle dans l'existence de la patiente qui se sent sous la menace d'être dépossédée du regard aimant de ses proches, du regard bienveillant d'autrui.

A l'évidence, le geste chirurgical réparateur transforme le corps de la patiente et modifie le rapport qu'elle entretient avec lui. Mais, ensuite, il faut bien voir que le sein reconstruit n'est pas le sein perdu que la patiente pouvait souhaiter, plus ou moins consciemment, retrouver. Ce désir est, de fait, impossible à satisfaire. La technique chirurgicale permet seulement de tenter de restituer un volume, une forme qui se rapproche du sein controlatéral et du sein perdu. On peut dire que la reconstruction mammaire constitue, en fait, une réponse à la détresse psychique des femmes qui subissent une ablation du sein. Mais, si cette intervention de chirurgie plastique est techniquement réussie, elle laisse la patiente,

¹²⁷ Gros Dominique, *Le sein dévoilé*, Paris, Editions Stock, 1987, p.275.

seule, même si elle peut être aidée, en face d'un double travail à opérer sur elle-même : celui du deuil du sein enlevé qui signe la perte d'une partie du corps originaire, et celui de l'apprentissage de la vie avec un sein autre.

Il est indéniable que le cheminement psychologique destiné à tenter d'apporter des réponses singulières à l'épreuve vécue de l'altération, sous le double aspect de l'ablation et de la reconstruction, d'un attribut de la féminité ne peut être que celui de la patiente. Il est vrai que la reconstruction après la mutilation, le fait de retrouver un sein à soi aussi naturel que possible qui va vivre et vieillir comme le reste du corps, sans avoir, un jour, à subir une nouvelle intervention occasionnée par un éventuel changement de prothèse, sont autant d'éléments susceptibles d'apporter à la patiente une aide significative dans le travail qu'elle entreprend sur elle-même. Il semble bien que sentir à nouveau un sein faire partie intégrante de soi, de son corps, de sa chair représente une étape capitale dans la reconstruction de soi, et ouvre la voie à la possibilité d'une guérison.

A l'évidence, l'intervention chirurgicale donne à la patiente l'espérance de renouer avec une féminité compromise par les effets délétères de la pathologie. Le geste technique de la reconstruction permet, en effet, à la patiente d'accéder à une nouvelle image d'elle-même qu'elle va donner à voir aux autres, et qui est de nature à favoriser l'atténuation du souvenir de l'épreuve de la maladie et de ses traumatismes. Aussi, il convient de souligner cette dimension essentielle du processus de renaissance à soi-même : pouvoir accepter une nouvelle image de soi n'est possible que si elle est, elle-même, reconnue par l'autre.

Avec l'allogreffe de tissus composites¹²⁸ au niveau de la face, il faut bien reconnaître que la chirurgie opère aux extrêmes de ses possibilités techniques actuelles. Il convient de noter que l'acte chirurgical est exigé par l'état du patient sur lequel il est

¹²⁸ La première intervention de ce genre a été réalisée, en France, en novembre 2005, sur une jeune femme profondément défigurée qui a bénéficié d'une greffe en provenance d'un donneur en état de mort cérébrale. La technique utilisée a consisté à prélever sur le donneur la substance anatomique perdue et à la greffer sur la patiente grâce à des micro-anastomoses vasculaires et nerveuses.

réalisé¹²⁹. Mais, nous devons bien comprendre que le geste chirurgical ne constitue pas un défi technique à relever qui exprimerait la toute puissance de la médecine moderne et le désir de se rendre *maître de la nature*. Il consiste plutôt à mettre en œuvre la seule méthode possible pour réparer décevement un visage abîmé.

Incontestablement, on peut affirmer que la défiguration est un drame existentiel car, à l'évidence, le visage participe étroitement à l'établissement de l'identité d'un être humain :

« De toutes les zones du corps humain, le visage est celle où se condensent les valeurs les plus hautes : matrice d'identification où miroite le sentiment d'identité, où se fixe la séduction des nuances innombrables de la beauté ou de la laideur. Valeur si élevée que l'altération du visage qui montre une trace visible de lésion, est vécue comme un drame à l'image d'une privation d'identité¹³⁰ ».

Le visage apparaît bien, en effet, comme un élément particulier du corps puisqu'il permet à la personne d'entretenir un rapport avec elle-même et avec l'autre. Il ouvre, donc, à la fois sur la singularité et sur l'altérité. Mais, à mon sens, un visage comporte deux caractères essentiels : l'unicité et l'expressivité. Tout d'abord, il se rapporte à une personne singulière. Elle est, en effet, celle qui est la seule à posséder ce visage. Ainsi, l'unicité permet immédiatement, sans hésitation ni doute possible, d'identifier la personne. Ensuite, l'expressivité des traits de son visage traduit le ressenti de la personne, et elle est, par conséquent, une source de questionnement pour l'autre.

Compte-tenu de la spécificité du visage et de ce qu'il représente pour la personne, il est aisé de concevoir que la défiguration est un traumatisme de nature à alimenter une souffrance plurielle. Dans une phase initiale, on peut imaginer que la personne qui a perdu le visage qui était le sien passe de l'incrédulité au déni qui consiste à ne pas se reconnaître dans

¹²⁹ La reconstruction du visage est une intervention chirurgicale pratiquée dans les cas où il existe un traumatisme occasionné par une brûlure profonde, par une malformation congénitale, par une morsure d'animal, par un cancer, par une blessure provoquée par une arme.

¹³⁰ Marzano Michela (sous la direction de), *Dictionnaire du corps*, Paris, Presses Universitaires de France, 2007, p.976.

ce qu'elle voit. Dans ce cas, l'incapacité à pouvoir accepter le traumatisme signifie que, pour la personne, son véritable visage est celui qu'elle possédait avant la mutilation. Mais, ce visage irremplaçable n'est plus, en fait, qu'une trace mémorielle, une image. Il va de soi que l'altération profonde ou la perte d'un élément du visagerompt son unicité et en modifie l'expressivité. De fait, le patient est confronté à l'existence d'un visage qui est, désormais, sans lecture émotionnelle possible.

Il faut bien voir que l'incapacité pour la personne de pouvoir exprimer ce qu'elle éprouve par son visage devient, de fait, un facteur d'exclusion : « [...] la monstruosité de la forme chasse littéralement l'individu hors de son espèce¹³¹ ». On peut aisément concevoir que le traumatisme provoqué par la défiguration ait un retentissement sans équivalent sur la personne blessée. Elle est, certes, vivante, mais sans visage, c'est-à-dire sans capacité à exister :

« L'homme sans visage cesse de s'approuver, d'exister et d'exprimer le besoin de se savoir approuvé d'exister par les autres. Ce déni de la dignité est la source du désespoir ou plutôt de l'inespoir en tant que disparition de tout horizon de vie¹³² ».

A l'évidence, la profonde altération du visage s'accompagne d'une perte de l'estime de soi qui est le fond de la dignité de la personne. Elle est, alors, vécue comme une déchéance qui relègue celui qui est défiguré hors de la communauté humaine. En effet, la déstructuration de la forme, porteuse d'inhumanité, provoque un sentiment de honte, et entraîne la peur du regard de l'autre. On peut considérer que la victime est, de fait, désocialisée par son impossibilité à communiquer. Par conséquent, il existe le risque que la personne victime d'un tel traumatisme se condamne elle-même à vivre dans un enfermement à perpétuité.

¹³¹ Delaporte François, Fournier Emmanuel, Devauchelle Bernard (sous la direction de), *La fabrique du visage. De la physiognomonie antique à la première greffe avec un inédit de Duchenne de Boulogne*, Turnhout, Belgium, Brepols Publishers, n.v., 2010, p. 231.

¹³² *Ibid.*, p. 231.

Or, le patient, s'il veut maintenir un possible ouvert, se doit d'affirmer que son existence possède toujours, en dépit du traumatisme, un sens. En conséquence, il est, dans un premier temps, dans l'obligation d'apprendre à vivre avec sa défiguration. Il semble bien, que, dans un second temps, l'existence d'un projet de reconstruction chirurgicale du visage soit de nature à permettre au patient d'envisager une existence après la défiguration, c'est-à-dire une renaissance. En effet, seule l'effectivité du geste chirurgical est susceptible de laisser entrevoir, à la personne, la perspective d'établir des conditions de vie supportables. Il convient, aussi, de souligner que l'acceptation du principe de l'intervention chirurgicale par le patient est l'expression de son désir de vivre, et de sa volonté de s'affranchir de la présence de la défiguration. Mais, il faut bien voir que l'ouverture d'un horizon dans le champ des possibilités thérapeutiques confronte la personne, victime du traumatisme, avec la prise de risques d'ordre médical, avec la peur d'un éventuel échec de l'intervention mais, aussi, avec l'espoir de pouvoir, un jour, renouer avec une normalité d'existence.

Le projet de reconstruction du visage est, par conséquent, de nature à restaurer la confiance en soi, car il n'est pas extérieur à la personne, il lui appartient en propre. Dès lors, le patient apparaît bien comme le seul porteur du projet de greffe. Il doit, par voie de conséquence, se l'approprier. Il est à remarquer que pouvoir adopter cette attitude signifie que le patient, avant l'intervention chirurgicale elle-même, est en mesure d'afficher de l'opiniâtreté, de la ténacité, de la lucidité, de la combativité, de la détermination. On peut, par conséquent, considérer, qu'il existe, pour la personne, un enjeu qui est de se prouver à elle-même qu'elle possède les ressources pour exister, quelque puissent être les aléas liés à la future intervention. Mais, il faut bien avoir présent à l'esprit le fait que l'intervention chirurgicale ne consiste pas uniquement à réparer un visage abimé. En effet, ce qui est recherché c'est de parvenir à opérer la réinsertion du patient dans la communauté humaine, et de rétablir, ainsi, une normalité d'existence :

« Retrouver un visage, n'est-ce pas une façon de normaliser sa vie ? En dépit de toutes les contraintes que cela implique. Mais qui est donc le plus apte à évaluer l'importance d'un

trouble, ou les préjudices d'un accident, sinon le patient lui-même ? Il peut dire, sans parler, où finit la gêne fonctionnelle et où commence un véritable handicap. Il peut dire où finit la douleur supportable et où commence la souffrance. Apporter une solution au handicap comme défiguration sévère, c'est une autre façon de sauver une vie¹³³ ».

Il est vrai qu'il apparaît bien que la vertu première de la possibilité de réaliser un geste technique réparateur est d'inciter le patient à attacher de l'importance à ce qu'il est, et à ce qui va constituer une éclaircie dans son existence, à savoir ne plus se voir et s'éprouver comme l'être défiguré qu'il était avant l'opération :

« Quant à la receveuse, elle vit sa défiguration comme un obstacle à surmonter. Une greffe, qui lui rendrait un visage, mettrait fin à ses souffrances. En cessant d'être indifférente à son image, elle retrouve le souci de soi¹³⁴ ».

Mais, la tentative de façonnage du visage ne peut produire qu'un résultat approximatif, car il semble bien que l'inertie expressive qui résulte de l'intervention chirurgicale confère au visage greffé l'artificialité du masque. Aussi, on peut dire qu'au traumatisme initial, vécu par le patient, de l'altération profonde de ce qui le constitue comme singularité, à travers la perte de son visage, succède la lente et difficile reconquête de nouveaux traits identitaires. Le patient est, de fait, confronté à une situation inédite. Il est, en effet, pourvu d'éléments organiques qui appartiennent à un autre. En outre, ils sont fortement connotés puisque ce sont les éléments du visage d'un autre à partir desquels le patient va devoir opérer un travail de transmutation pour les faire devenir siens.

Nous voyons, alors, apparaître le risque que le patient en vienne à considérer que, désormais, son propre visage est celui d'un autre. Aussi, l'incapacité à faire de ce visage étranger et étrange son propre visage, à opérer une migration identitaire, consacre, pour le traumatisé, la rupture avec soi et avec l'autre. Nous ne pouvons que constater qu'après la sidération initiale provoquée par sa défiguration, après l'opération qui vise à lui redonner un

¹³³ Delaporte François, *Figures de la médecine*, Paris, Les Editions du Cerf, 2009, p.82.

¹³⁴ *Ibid.*, p.87.

visage, le patient est, seul, pour entreprendre un travail de transformation de soi et d'assimilation de sa nouvelle condition.

A l'évidence, prendre soin de soi consiste, alors, à se reconnaître comme étant toujours soi, mais avec des éléments corporels différents :

« En lui rendant un visage, la question peut se poser de savoir si l'on a changé ou non l'identité d'Isabelle, mais on lui a certainement restitué la possibilité de l'exprimer. [...] Notre visage reste encore, à chaque instant à faire. Qu'une autre personne ait donné à Isabelle son visage et non un masque est un point crucial de cette aventure. Ce qui s'est donné et s'est aussitôt intégré, c'est une feuille où tout n'était pas inscrit, c'est une page à continuer pour et par Isabelle. Que nous puissions ainsi nous prêter de telles feuilles, qu'elles puissent passer de l'un à l'autre, montre combien nos visages sont loin d'être des masques d'identité, à quel point ils gardent un ressort d'indétermination, empli de possibilités qu'il nous reste à révéler. Ainsi, la greffe nous apprend-elle que le visage n'appartient pas à celui qui le donne, mais à celui qui le reçoit, le porte, l'irrigue, l'innerve et le fait vivre¹³⁵ ».

Il convient d'observer que l'allotransplantation de tissus composites au niveau de la face génère, par ailleurs, une contrainte drastique pour le receveur. Est, en effet, mise en jeu sa capacité à s'astreindre à suivre, sur le très long terme et sans aucune interruption, un traitement immunosuppresseur efficace qui comporte lui-même ses propres aléas, pour conjurer le risque d'un rejet de la greffe. Il apparaît, donc, que cette situation induit une problématique supplémentaire qui est celle de la nécessaire conciliation d'un traitement médical impératif avec l'irruption d'une maladie intercurrente ou avec un processus naturel comme le vieillissement.

Nous avons pu voir que certaines circonstances très particulières de l'existence confrontent la personne à des événements déstructurants. Dans le cas de la reconstruction mammaire après un cancer du sein, dans celui de l'allotransplantation de tissus composites au

¹³⁵ Delaporte François, Fournier Emmanuel, Devauchelle Bernard (sous la direction de), *La fabrique du visage. De la physiognomonie antique à la première greffe avec un inédit de Duchenne de Boulogne*, op.cit., p. 255-256.

niveau de la face, le patient est confronté à une première cause de déstabilisation identitaire. Il subit une mutilation qui le prive d'une partie de son corps originaire et qui modifie son schéma corporel. La deuxième cause d'ébranlement identitaire est constituée par le fait que la reconstruction chirurgicale dote l'individu d'éléments organiques étrangers. Ils ne sont pas, en effet, ceux qui lui appartiennent en propre depuis sa naissance. Ils n'ont pas participé à l'histoire de sa vie. Le patient est alors confronté à une seconde transformation de son schéma corporel. S'il n'est plus le même, il doit néanmoins continuer à être lui-même avec une enveloppe charnelle qui n'est pas la sienne. En outre, le geste chirurgical réparateur apparaît sous un jour d'autant plus singulier qu'il n'aboutit pas à une guérison, mais à un changement de statut du patient qui passe de l'état de victime d'un traumatisme à celui de malade chronique.

Il est généralement admis que la médecine technico-scientifique soigne et répare avec efficacité. Mais, il est à observer que certaines de ses approches conceptuelles et certains de ses moyens techniques produisent des effets qui ne sont pas ceux qui sont normalement attendus. De fait, la capacité de rétablissement, par la médecine moderne, de situations compromises est susceptible de donner naissance à un risque nouveau. En effet, si la défiguration, la mutilation du corps sont généralement provoquées par des circonstances accidentelles, il arrive que, dans le cadre d'un traitement curatif, l'atteinte à l'intégrité du corps soit le fait de la main *armée* du chirurgien. Dans ce cas de figure, il est à remarquer que l'acte chirurgical destiné à réparer, à reconstituer un élément organique qui a été mutilé peut provoquer, comme nous l'avons évoqué, un vacillement identitaire.

Paradoxalement, un acte médical destiné à apporter un bienfait au patient est potentiellement porteur d'un risque de dislocation. A l'évidence, cette configuration est inédite pour la personne. Il faut bien admettre que la mutilation accidentelle d'une partie du corps ou l'ablation à visée thérapeutique d'un élément organique provoquent un premier traumatisme de nature destructurante qui est constitué par le fait, pour le patient, de devoir renoncer à l'intégrité du corps initial et de devoir assimiler l'idée de ne plus être, pour soi et

pour les autres, celui qu'il a été. Mais la sidération initiale exige d'être dépassée pour permettre à la personne traumatisée d'accepter l'état physique qui est désormais le sien, et de choisir d'entrer ou de ne pas entrer dans un processus de réparation et de restitution.

Indéniablement, l'intervention chirurgicale réparatrice, comme nous l'avons vu, vise à instaurer une nouvelle normalité d'existence, à réinsérer la personne traumatisée dans la communauté humaine. En effet, la possibilité d'une reconstruction organique apporte au patient l'espoir d'une renaissance. Mais, il entre, alors, dans un parcours de soins singulier, car il est confronté à une situation inédite qui exige la mobilisation de ressources dont il ignore l'existence puisqu'il ne les a jamais utilisées. Il semble bien que la personne, victime d'un traumatisme, soit en prise avec plusieurs exigences. Elle doit à la fois vivre ce drame existentiel, et supporter physiquement et psychologiquement les soins afférents. Or, l'intervention chirurgicale dote la personne d'éléments organiques qui ne sont pas originellement les siens.

Si, à l'ère moderne, le « pouvoir magique¹³⁶ » du chirurgien parvient à rétablir, au plan technique, des situations traumatiques hautement compromises, il n'en demeure pas moins vrai que le patient doit être capable de conduire un travail d'appropriation de nouveaux traits identitaires, d'opérer la transformation de l'altérité en identité. Ainsi, l'enjeu, pour la personne défigurée, est de parvenir à faire de ce visage étrange et étranger son propre visage, avec le risque, en cas d'échec, d'une déstructuration de soi. Il faut rappeler que le succès de l'intervention chirurgicale n'est jamais assuré. En outre, le patient devra, comme nous l'avons évoqué, subir la contrainte constituée par l'obligation de suivre un traitement à vie destiné à prévenir le risque d'un rejet de la greffe.

Dans des cas comme celui de la reconstruction mammaire après un cancer du sein, de l'allogreffe de tissus composites de la face, la médecine technico-scientifique montre la puissance de ce qu'elle est capable d'entreprendre lorsqu'il s'agit de reconstruire un

¹³⁶ Simondon Gilbert, *L'individuation à la lumière des notions de forme et d'information*, Grenoble, Editions Jérôme Millon, 2005, p.511.

schéma corporel brisé. Mais le geste technique, si efficace, si précis soit-il, est insuffisant. Il doit nécessairement s'accompagner d'un travail d'autocréation de soi par soi qui consiste, pour le patient, à maintenir une permanence identitaire avec des éléments organiques qui ne lui appartiennent pas. Mais, ce n'est pas tout. Nous allons, à présent, en venir à l'examen des conditions d'émergence d'une figure singulière de la modernité : le malade délégataire de la médecine.

B) Le malade délégataire de la médecine :

Chacun peut admettre que si le progrès médical permet aux êtres humains de vivre plus longtemps et dans de meilleures conditions, il n'en demeure pas moins vrai qu'il n'est pas parvenu à éradiquer toutes les maladies. En conséquence, certaines pathologies sont guérissables et d'autres ne le sont pas. Mais, l'impossibilité à guérir n'implique pas obligatoirement la mort de l'être humain. Il n'est, donc, pas surprenant de constater qu'à l'ère moderne de nombreux patients vivent *en compagnie* d'une maladie chronique¹³⁷. Mais, nous devons bien admettre que la société ne dispose pas des ressources humaines et matérielles nécessaires pour assurer une prise en charge individuelle et de longue durée de ce type d'affection. Aussi, l'existence de la maladie chronique confronte la médecine moderne à une nouvelle problématique. Son objectif change. Il n'est plus question pour elle d'obtenir la guérison du malade comme dans le cas des maladies aiguës. Il s'agit de maintenir en vie des malades en évitant le paroxysme des crises, et en retardant les éventuelles complications pathologiques. En conséquence, la médecine s'attache à fournir au malade qui le souhaite les moyens qui lui sont nécessaires pour vivre dans des conditions acceptables et supportables.

L'équipe médicale et le patient sont alors, de fait, impliqués dans une relation thérapeutique de long terme qui présente, à mon sens, une double particularité. Tout d'abord, la communauté médicale est confrontée au fait qu'elle doit constamment se soucier du patient ; ce qui ne signifie pas, néanmoins, qu'elle soit dans l'obligation d'assurer une

¹³⁷ La maladie chronique est une pathologie à évolution lente qui ne présente aucune perspective de guérison. Elle nécessite, par voie de conséquence, un traitement permanent.

présence continue auprès de lui. Ensuite, le malade, lui, s'inscrit, nécessairement, dans un processus où il va être amené, progressivement, à assumer un nouveau rôle, celui d'être le délégué de la médecine. On peut dire que, par l'exercice de cette fonction, le malade devient un acteur, à part entière, dans le choix et dans la mise en œuvre des traitements relatifs à sa pathologie, dans la mesure où il est en position de pouvoir gérer les effets de la thérapie sur son organisme. De ce fait, le patient est capable de créer des modulations, d'opérer des régulations sur le protocole thérapeutique qu'il a négocié avec le corps médical, et ainsi influencer sur son état de santé et sur son bien-être.

Rappelons que depuis Hippocrate, la finalité de la médecine est de guérir le malade. Mais, dans le cas où elle se trouve dans l'impossibilité d'y parvenir, elle se doit de prendre soin de son patient, et, notamment, d'agir en vue d'atténuer ses souffrances : « [...] il est possible, même lorsque les patients sont incapables de recouvrer la santé, de les bien soigner¹³⁸ ». On peut, par conséquent, considérer que la prise en charge des pathologies chroniques correspond à la mission impartie à la médecine qui consiste à maintenir ou à améliorer le confort de vie du malade.

L'ère moderne consacre l'apparition d'une conception originale du soin qui est, communément, appelée : l'éducation thérapeutique du patient. Dans cette approche, le malade chronique est placé au centre de la pratique médicale où il est appelé à jouer le rôle d'auxiliaire actif. En effet, le corps médical lui attribue un domaine d'action spécifique, et l'investit d'une mission particulière qui est celle de se prendre en charge, et de se prodiguer des soins à lui-même. Nous avons, donc, affaire à une relation thérapeutique originale où le patient est formé au développement de compétences propres dans l'administration et la gestion de son traitement. La médecine favorise, également, chez le malade l'acquisition d'un savoir-faire spécifique de nature à lui permettre de prendre, en cas de nécessité, des décisions autonomes et de conduire les actions appropriées.

¹³⁸ Aristote, *Rhétorique*, I-1, 1355b 12-14, trad. Pierre Chiron, Paris, Flammarion, 2007, p.122.

Il est à noter que ce nouveau positionnement de la médecine technico-scientifique consacre le changement de statut du malade. D'une part, il est, désormais, pleinement associé aux décisions médicales, et il dispose, d'autre part, d'un savoir lui permettant une action autonome qui vise à contrôler les manifestations de sa pathologie et à améliorer ses conditions d'existence. Certes, il convient de rappeler que le malade est par nature vulnérable, en moindre capacité physique et psychique. Mais, ce qui est à mettre en évidence, à mon sens, c'est que cet état d'affaiblissement ne justifie pas qu'il s'enferme dans la passivité. Étant donné que le malade chronique est confronté au fait que sa pathologie est inscrite dans la longue durée, il est, par voie de conséquence, me semble-t-il, le mieux à même de créer ses propres conditions d'existence par une action volontaire et raisonnée. On peut penser que l'enjeu pour le malade chronique est, alors, de s'approprier pleinement sa problématique de santé. Il s'agit, en effet, pour lui de prendre conscience de la réalité de sa maladie, de ses implications, d'afficher une motivation réelle quant à son engagement, et une capacité à modifier ses comportements en fonction de l'évolution de sa pathologie.

On peut, pour moi, identifier plusieurs facteurs à l'origine de l'émergence du concept d'éducation thérapeutique du patient. S'il est loisible de constater que les progrès de la médecine permettent à la personne de vivre plus longtemps avec une maladie, il faut bien reconnaître que la présence d'une pathologie chronique structure en profondeur les conditions d'existence du malade. Elle constitue, véritablement, un *autre régime de la vie*. En effet, dans ce type d'affection, le malade ne guérit pas ; ce qui implique une contrainte qui est celle de devoir supporter sa pathologie pendant toute son existence. Par conséquent, il doit nécessairement apprendre à établir un vivre avec, en gérer les manifestations, en tenir compte dans l'élaboration et la réalisation de ses projets de vie. Rappelons que l'accroissement du nombre de patients porteurs d'une affection chronique rend impossible une prise en charge individuelle, de tous les instants, par le corps médical. On peut, alors, penser que cette incapacité organisationnelle est compensée par l'aptitude de toute personne à exercer son autonomie quant à la détermination des actions à entreprendre lorsqu'une nécessité se fait

jour. N'oublions pas que la santé est un bien de nature complexe qui relève de la responsabilité de chacun.

Si, à l'origine, l'éducation thérapeutique des patients s'adressait aux malades atteints d'une maladie chronique¹³⁹, force est de constater que son domaine s'est progressivement élargi¹⁴⁰. Si ce concept n'est pas nouveau, il a fait l'objet d'une clarification récente. Ainsi, le rapport « *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient* », remis au Ministre de la Santé, en septembre 2008, stipule que :

«L'éducation thérapeutique s'entend comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement à l'occasion d'événements majeurs de la prise en charge (initiation du traitement, modification du traitement, événements intercurrents...) mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable par lui ¹⁴¹ ».

A l'analyse, on peut mettre en évidence le fait que l'éducation thérapeutique du patient cherche à atteindre un triple objectif : un confort de vie pour le malade, une amélioration de la qualité des soins et une diminution de leurs coûts médicaux et sociaux. Il convient d'observer que, dans cette approche novatrice, le malade n'est plus celui sur qui s'exerce l'action de l'équipe médicale. En devenant l'agent actif de la dispensation de soins à lui-même, le malade chronique devient, peu ou prou, l'expert de sa pathologie et des traitements afférents. On peut, donc, considérer que le processus de l'éducation thérapeutique du patient constitue un

¹³⁹ Les actions éducatives s'appliquent, dans ce cas, surtout à des pathologies comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'asthme, l'obésité.

¹⁴⁰ Il s'étend désormais aux escarres, aux traitements par médicaments anticoagulants, aux auto-soins ante et post chirurgicaux, à la préparation à la naissance, au post-accouchement, aux soins bucco-dentaires des personnes âgées.

¹⁴¹ Cette définition de l'éducation thérapeutique figure en page trois du rapport de Christian Saout intitulé « *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient* », publié en septembre 2008. Ce rapport est consultable sur le site www.santé-sports.gouv.fr.

transfert de compétences de l'équipe médicale vers le malade qui est ainsi amené à intervenir sur son propre corps. Mais, il faut, également, souligner, à mon sens, que l'institution du patient comme le délégataire de la médecine consacre le transfert de responsabilité qui est opéré dans la gestion du traitement.

Entrer dans un programme d'éducation thérapeutique est, certes, un acte personnel et réfléchi, mais il faut bien voir qu'il n'est pas à la portée de n'importe quel malade. En effet, le patient doit avoir la conviction que ce choix est la bonne stratégie thérapeutique et qu'il possède les qualités requises pour la déployer. En outre, le malade doit croire en sa capacité à maîtriser les compétences acquises et à les utiliser convenablement. Ainsi, il convient de rappeler que l'auto-mesure de la glycémie ne présente une réelle utilité que pour autant que le malade convertisse la lecture du résultat en une action destinée à le préserver des manifestations induites par sa pathologie. Par conséquent, ce qui est à mettre en évidence c'est ce rôle singulier que le patient joue dans la gestion de sa maladie puisqu'il peut être amené, en faisant appel à sa raison, à suppléer une régulation biologique défaillante, comme dans le cas du diabète :

« L'injection de l'insuline, rarement unique, mais pluriquotidienne, se substitue au pancréas et à un mécanisme de régulation altéré. C'est l'individu qui « intellectuellement » régule. Il revient au patient de remplacer par le raisonnement, par le calcul, la décision, une régulation biologique normalement automatique et inconsciente. Il s'agit d'un véritable défi¹⁴² ».

Nous devons reconnaître qu'un programme d'éducation thérapeutique nécessite un apprentissage progressif destiné à constituer un savoir-faire et un savoir-être dont la finalité est de mettre sous contrôle la maladie, de retarder les complications inhérentes à son développement. L'enjeu pour le malade est, donc, de parvenir à réduire le caractère prégnant de la pathologie et à l'intégrer dans son existence quotidienne. Par conséquent, on devine que des conditions sont requises pour mettre en œuvre efficacement un programme d'éducation

¹⁴² Gagnayre Rémi et D'Ivernois Jean-François, *Apprendre à éduquer le patient*, Paris, Editions Maloine, 2008, p.33.

thérapeutique. Ainsi, le malade chronique doit être capable de mettre entre parenthèses les manifestations de sa pathologie pour pouvoir développer des compétences particulières et adopter des comportements spécifiques. Si le but recherché est bien de permettre au malade de contrôler les effets de sa pathologie et, ainsi, d'établir un nouveau régime de vie, il faut bien avoir conscience que le contexte existentiel, le degré d'acceptation de la maladie, les capacités intrinsèques du malade, sa motivation, sa compréhension de sa situation, le niveau de confiance qu'il accorde aux prescripteurs du système de soins, sa résistance aux événements déstabilisants sont autant de facteurs qui affectent le comportement d'apprentissage, et qui peuvent l'altérer.

Il est à noter, également, que l'acquisition d'une compétence nouvelle implique que le malade chronique développe l'intelligibilité de soi, de son propre comportement, de sa pathologie, de son traitement. Cet apprentissage a pour finalité de faire en sorte que le malade chronique soit capable d'adopter des attitudes, des comportements autonomes destinés à surveiller les manifestations de son organisme, à déceler des situations inattendues, à se prodiguer des soins, à adapter, à réajuster le traitement compte-tenu du mode de vie qu'il souhaite, à intégrer et à utiliser les innovations médicales et technologiques.

A l'évidence, l'éducation thérapeutique repose sur l'alliance d'un malade et d'une équipe soignante. Dans ce cadre, l'équipe médicale assigne au patient des objectifs de soins en termes de résultats à atteindre. Mais, la nature des moyens à utiliser pour y parvenir reste soumise à l'appréciation du malade. De fait, nous pouvons dire que la médecine reconnaît à celui qu'elle institue comme son délégataire un pouvoir d'expression propre, une capacité à comprendre les situations vécues et à en gérer les effets. Il est vrai que le malade chronique possède, plus qu'un autre patient, la faculté d'interpréter l'application du protocole de soins puisque sa pathologie s'inscrit dans une durée indéfinie. En outre, l'établissement de marges de manœuvre permet au malade de moduler les effets produits par la pathologie sur son organisme.

Aussi, à mon sens, l'intérêt de l'éducation thérapeutique du patient réside dans le fait que la médecine prend en considération la pathologie dans toute sa dimension, à travers un dialogue qui se veut constructif entre le soignant et le soigné afin d'améliorer sa qualité de vie. Il est à noter que la vertu du dialogue avec un malade qui possède à la fois des connaissances médicales pertinentes et l'expérience de la maladie est, aussi, de permettre au corps médical d'approfondir sa compréhension des mécanismes pathologiques, et d'en mesurer les effets.

Il semble bien, également, que, dans une relation de ce type, l'extériorité du point de vue du médecin s'estompe. En effet, le malade chronique possède l'expérience et le savoir concret de ce que sont, par exemple, la chute de tension, l'hypoglycémie. Par ailleurs, il convient de remarquer que le corps médical ne possède plus le privilège d'être le seul à pouvoir accéder au corps du patient. En effet, il est à souligner que le malade chronique dispose bien d'une capacité d'intervention sur son propre corps, parfois, même, sur des organes vitaux.

A l'analyse, on se rend compte que la structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient comporte quatre phases distinctes : le diagnostic éducatif, la négociation d'objectifs personnalisés avec le malade, la mise en œuvre de la démarche éducative adaptée, l'évaluation des acquis du patient au terme de l'action d'éducation. Convenons qu'éduquer le patient consacre l'idée qu'un malade est capable d'être son propre soignant dans des conditions particulières, et pour une période de temps donnée. Par conséquent, il apparaît bien que, dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique, le malade est désigné comme le premier agent actif du recouvrement de sa santé, de l'établissement, et du maintien de conditions d'existence acceptables par lui.

De fait, pour exercer ce rôle, l'équipe médicale met à sa disposition les moyens techniques et les informations nécessaires à la cogestion de sa maladie. C'est ainsi qu'elle est amenée à planifier et à organiser le transfert des connaissances et des compétences nécessaires

au malade. Rappelons que le malade chronique doit être à même d'identifier et d'agir sur ses propres symptômes dans le cadre de ce qu'il convient d'appeler le génie de la pathologie et de son traitement. Il doit être capable de s'engager dans des actions différenciées selon le degré de complexité des opérations à réaliser ou la portée invasive du traitement à mettre en œuvre.

Il est à noter que les gestes médicaux les plus significatifs à la charge du patient consistent à interpréter les résultats d'une mesure, à adapter le dosage d'un médicament, à surveiller les effets d'un traitement, à éviter l'apparition de complications, à adopter des comportements qui contribuent à une bonne hygiène de vie, à réaliser des gestes techniques comme, par exemple, des injections, des drainages bronchiques. En outre, il est, tout à fait, significatif de constater que le traitement d'une maladie chronique concerne des domaines variés qui font appel à des habiletés distinctes et diversifiées. Ainsi, si nous nous référons à l'exemple du traitement du diabète de type 1¹⁴³, les principales compétences à acquérir concernent l'insulinothérapie, l'adaptation des doses, la prévention et la gestion des hypoglycémies, l'auto-surveillance glycémique, l'alimentation. A l'évidence, le développement des compétences médicales du malade chronique favorise son implication dans l'élaboration du protocole de soins. En outre, il convient de rappeler que le malade est, également, responsable de l'administration du traitement. Ainsi, le diabétique est amené à surveiller son taux de glycémie et à se faire les injections d'insuline adéquates.

Mais, il faut bien reconnaître que l'éducation thérapeutique du patient se heurte à un problème incontournable de la pratique médicale qui est celui de l'expression de la singularité du malade. A l'évidence, les patients n'adoptent pas un comportement homogène face à leur pathologie. Ainsi, si certains malades mettent en œuvre une logique de renoncement, d'autres font fréquemment appel à l'équipe médicale, et s'en remettent à son pouvoir de décision. De fait, les malades abandonnent, alors, une prérogative essentielle qui est celle de l'administration autonome des soins. Mais, bien évidemment, il existe l'attitude contraire qui

¹⁴³ Le diabète de type 1 dont l'ancienne dénomination est le diabète insulino-dépendant est une affection dans laquelle l'organisme n'arrive pas à fabriquer d'insuline et/ou les cellules du pancréas responsables de la production d'insuline sont détruites.

consiste pour les malades à s'inscrire dans une logique de gestion volontariste de leur pathologie. Dans ce cas, le patient prend réellement en charge le problème de santé auquel il est confronté. Il semble bien que son action soit régie par le fait qu'il considère que l'amélioration de ses conditions d'existence et son espérance de guérison dépendent de son propre comportement. Dès lors, il se sent responsable de la mise en œuvre de la thérapie adaptée à son état. On peut, aussi, penser qu'il est à même de déterminer le niveau de bien-être qu'il escompte, compte-tenu de l'état de développement de sa pathologie.

Ainsi, en tant que déléataire de la médecine, le malade chronique gère en première personne sa pathologie, accompagné par l'équipe médicale. En effet, le malade bénéficie toujours de la possibilité de recourir à un tiers savant. En conséquence, il apparaît bien que le rôle du médecin est d'intervenir, le cas échéant, aux différents stades de la pathologie pour accompagner le malade en difficulté, l'aider à prendre conscience des risques encourus, à surmonter les obstacles psychologiques, à adopter des comportements plus adaptés et à en percevoir les bénéfices escomptés, à choisir les bonnes stratégies thérapeutiques.

Nous avons, donc, vu que le malade chronique développe progressivement son propre niveau de compétence voire d'expertise qu'il applique à sa pathologie. Il gère, alors, avec efficience les manifestations de la maladie, ses retentissements sur son organisme, les effets générés par les traitements utilisés. On comprend, alors, les raisons qui font que le malade chronique est appelé à jouer un rôle particulier au sein de la communauté médicale et auprès des autres malades. Illustrons cette assertion par un exemple. La polyarthrite rhumatoïde est une maladie chronique anxiogène qui provoque des douleurs, de la fatigue, des déformations anatomiques et des incapacités physiques. Dans la situation la plus favorable, le malade accepte les manifestations de sa pathologie qu'il tente de réguler positivement. Il est indéniable, dans ces conditions, que le vécu de la maladie, l'expérience acquise dans son

contrôle, la formation reçue¹⁴⁴ font que le malade chronique est en mesure d'aider les médecins à améliorer leur diagnostic de l'arthrite, d'enseigner aux étudiants en médecine la manière d'effectuer un examen complet de l'appareil locomoteur, d'exprimer le point de vue du patient lors des réunions de travail relatives à l'éducation médicale. Il est également capable d'informer utilement un malade atteint par la même pathologie, et de le conseiller sur le rôle qu'il a à jouer dans l'administration du traitement afin d'améliorer son efficacité.

A l'examen, il s'avère que l'éducation thérapeutique du patient repose, à mon sens, sur une idée centrale qui est celle du comportement souhaitable de la part du malade. Elle signifie que le malade chronique possède la capacité d'éviter les principaux accidents et les complications de sa pathologie, en menant une existence qui concilie sens et agrément. Par ailleurs, il est à observer que l'idée même d'éducation thérapeutique du patient transforme la nature de la relation entre l'équipe soignante et le soigné. En effet, l'efficacité de l'action éducative est conditionnée par la nécessaire prise en compte du malade avec ses croyances, ses représentations, ses peurs, ses angoisses, son irrationalité, son niveau de compréhension du discours médical.

Aussi, l'équipe soignante doit être convaincue de l'intérêt de prendre en considération le malade chronique dans sa singularité. En conséquence, il faut bien voir que la relation thérapeutique s'articule, tout d'abord, autour d'une phase de questionnement où le médecin tente de comprendre la nature exacte de la demande du patient, de juger du niveau de souffrance éprouvée, de déterminer les problèmes qu'il rencontre dans sa vie quotidienne et la manière dont il souhaite les gérer et les résoudre. Ensuite, le médecin explique au malade la nature de sa pathologie, détaille les traitements possibles, leurs effets et les contraintes qu'il aura à subir. Survient, enfin, la phase cruciale de la négociation avec le malade afin de choisir

¹⁴⁴ Dans le cadre du programme d'éducation thérapeutique appliqué à la pathologie arthritique, les malades reçoivent une formation sur l'anatomie, la terminologie médicale, la pratique d'un examen complet de l'appareil locomoteur et la façon d'enseigner cette technique d'examen aux professionnels de santé.

la stratégie médicale adaptée, et le meilleur traitement possible en termes d'efficacité thérapeutique et d'acceptabilité.

Rappelons que l'objectif poursuivi par l'éducation thérapeutique est de contribuer à autonomiser le patient dans le traitement de sa pathologie tout en préservant sa qualité de vie. Aussi, il faut bien voir que l'équipe médicale est confrontée à une modification de son positionnement vis-à-vis du malade. En effet, elle est habituée à prescrire. Or, faire évoluer le comportement d'un malade est une affaire de négociation. En ce qui le concerne, le patient change, comme nous l'avons évoqué, de statut. Il n'est plus celui qui subit. Partenaire éclairé et responsable de l'équipe soignante, le malade prend, désormais, des décisions et assure ses propres soins. De fait, le patient est institué, par l'équipe médicale, au rang de partenaire reconnu en tant que tel dans l'élaboration du projet thérapeutique et dans sa mise en œuvre. Grâce à un transfert de compétences, il est à même de pratiquer des actes thérapeutiques sur lui-même dans le respect d'objectifs de sécurité. Cette dimension du soin est, en effet, primordiale. Il convient de rappeler qu'une action thérapeutique mal exécutée est inefficace et dangereuse¹⁴⁵.

Il est certain que, déléataire de la médecine, le malade qui accepte d'entrer dans un programme d'éducation thérapeutique prend une part active dans l'établissement et l'application du protocole de soins. On peut légitimement penser qu'il est à même de mieux comprendre les symptômes de sa maladie, d'anticiper les complications éventuelles, d'évaluer les effets des traitements prescrits. Il est vrai que les acquis en termes d'information, de compétence, d'expérience permettent, sans nul doute, au malade de se comporter en personne raisonnable et responsable, garante de la continuité de la prise en charge de sa pathologie. En fin de compte, rappelons que le malade chronique devient l'expert de sa santé et de son bien-être. Mais, s'il faut bien reconnaître, dans l'éducation thérapeutique du patient, une

¹⁴⁵ Ainsi, la prise non maîtrisée d'anticoagulants est susceptible de provoquer une hémorragie.

conception normative du soin, il n'en demeure pas moins vrai qu'elle favorise une meilleure appropriation de la pathologie, et qu'elle préserve, dans ses modalités d'application, la possibilité pour le malade d'inventer ses propres normes d'existence.

A l'évidence, nous ne devons pas occulter le fait que l'efficacité de l'éducation thérapeutique dépend, aussi, du respect des consignes de l'équipe médicale et du suivi des prescriptions. Or, dans le cas de la pathologie chronique, les efforts consentis par le malade ne visent pas la guérison qui, de fait, est impossible, mais l'établissement, dans la durée, de conditions de vie acceptables et supportables ; dans un contexte thérapeutique où il faut bien voir que le malade n'a pour seule perspective que la perpétuation indéfinie d'un état pathologique, potentiellement porteur de menaces. En effet, à tout moment, il est susceptible de se dégrader irréversiblement et d'entraîner des complications qui peuvent conduire à la mort du malade. Aussi, le respect des instructions et des prescriptions de l'équipe médicale est un élément déterminant pour que le patient puisse espérer se maintenir dans un état de santé, certes relatif, mais stabilisé. Il conditionne, également, la qualité de la relation entre le malade et l'équipe médicale qui l'a pris en charge.

Il est, par conséquent, nécessaire que celle-ci s'assure que les conditions requises pour l'observance du traitement soient réunies. Il me semble que deux éléments sont à faire valoir. Le malade doit, d'une part, avoir la conviction que le traitement prescrit est utile, et qu'il est de nature à lui permettre de mener une existence supportable ; et, d'autre part, il doit sentir en lui la capacité à suivre, dans la durée, la prescription médicale, si contraignante, si douloureuse soit-elle. Le malade chronique se doit, en conséquence, d'être en bonne santé psychique. En effet, il convient de rappeler que la présence d'un état dépressif chez un patient ne prédispose pas à une bonne observance d'un traitement. Il est certain, par ailleurs, que l'efficacité de la démarche thérapeutique passe par la capacité de l'équipe médicale à inspirer de la confiance. Aussi, il est utile, à mon sens, de rappeler que la communication avec le malade doit être empreinte de clarté, de vérité et d'humanité. En conséquence, le rôle pédagogique du médecin qui consiste à expliquer la nature du traitement, à énoncer les effets

secondaires induits, à décrire les étapes de la progression vers l'établissement de conditions de vie satisfaisantes revêt, à mon sens, une importance essentielle dans le processus de l'éducation thérapeutique.

Il faut bien voir, également, que l'observance est une aptitude que l'équipe médicale se doit de soutenir, car elle n'est pas une simple manière d'agir répétitive. A l'évidence, elle est entée sur l'estime de soi, la motivation, la croyance en l'efficacité du traitement, l'affirmation que la vie vaut toujours la peine d'être vécue, en dépit des événements déstabilisants qui surviendront pendant le déroulement de la maladie. Aussi, il est permis de penser que les postures de soustraction au traitement, avant de parvenir à l'établissement de conditions d'existence satisfaisantes, signifient que le malade considère que l'observance n'est plus l'objectif premier et essentiel. On peut légitimement en déduire qu'elles traduisent le renoncement du patient à vivre en compagnie de la pathologie.

Mais, il est à remarquer que le malade chronique peut difficilement s'inscrire dans un état de pure passivité dans son rapport avec la pathologie. En effet, plus que dans d'autres maladies, il doit nécessairement composer avec l'irruption, dans une existence marquée par l'incertitude, d'éléments incontrôlables comme un malaise, une modification organique, la conséquence non désirée d'une action thérapeutique. Si le suivi d'un traitement prescrit est un indicateur du vécu de la maladie, de l'estime de soi du patient, de la qualité de ses relations avec le monde qui l'entoure, il faut bien se rendre à l'évidence que l'observance de la prescription ne suffit pas à garantir l'établissement de conditions de vie satisfaisantes. En outre, il est à souligner que la lutte contre la pathologie présente toujours un caractère incertain :

« L'action porte le caractère de l'aléatoire non seulement dans son résultat, mais dans chacun de ses moments, car, quoi que ce soit que j'entreprenne, je ne suis jamais assuré, ayant commencé de pouvoir continuer, à plus forte raison de pouvoir achever¹⁴⁶ ».

¹⁴⁶ Conche Marcel, *L'aléatoire*, Paris, Presses Universitaires de France, 1999, p.19.

De fait, l'observance subit l'épreuve du temps. La fermeté des convictions est, en effet, soumise aux effets produits par les traitements, à l'amélioration ou à la dégradation des conditions d'existence. Ainsi, le malade peut éprouver de la lassitude vis-à-vis des traitements qu'il suit, et qui ne lui apportent pas, suffisamment rapidement, l'amélioration attendue de son état de santé ou qui provoquent des effets secondaires difficiles à supporter. Il va de soi que ces éléments peuvent induire des changements de préférence, et habiller de rationalité un choix qui avait été initialement écarté.

Mais, il est à observer que le non respect des instructions et des prescriptions de l'équipe médicale ne signifie pas l'inaction du malade. Il peut, ainsi, développer des comportements qui visent à adapter le traitement pour mieux en contrôler les effets. On peut, par conséquent, dire, dans ce cas, que le malade entre dans un bricolage empirique du traitement avec la volonté d'en réduire les manifestations indésirables. Dès lors, on comprend mieux que le malade puisse procéder à une modification de la prescription en utilisant les paramètres sur lesquels il estime posséder un pouvoir : les horaires, les quantités, les règles de prise des médicaments. A l'évidence, l'attitude la plus radicale consiste à entrer dans l'inobservance totale, c'est-à-dire à arrêter le traitement. On peut, à mon sens, expliquer l'inobservance d'un traitement par l'existence de facteurs tels que la stigmatisation du malade, l'anxiété, l'isolement social, la rupture de la continuité dans l'organisation des soins, l'oubli, le fait d'être occupé à une autre activité, de ne pas être chez soi, le stress. Il est, également, à noter que la reprise d'une activité considérée comme normale, à la suite d'une amélioration de l'état de santé, favorise une moindre rigueur dans l'observation du traitement, voire son arrêt prématuré.

Il faut bien voir que, dans la conception de l'éducation thérapeutique, l'établissement des conditions de maintien ou d'amélioration de la qualité d'existence du malade est une coproduction dans la mesure où le malade a la possibilité de fournir des indications qui induisent des inflexions de la stratégie thérapeutique. De la même façon, l'élaboration et la validation de la stratégie médicale sont des codécisions. Ainsi, si c'est bien l'équipe médicale

qui propose le protocole thérapeutique qui lui semble le mieux adapté au cas qu'elle rencontre, le malade a toujours la faculté de l'amender en fonction de l'expérience qu'il a de sa pathologie. Mais, il faut bien être conscient du fait que l'inobservance du traitement ruine la stratégie de l'équipe médicale. Elle est à la fois la négation de son investissement dans le traitement du cas pathologique qu'elle rencontre, et la traduction de l'échec de sa relation avec le malade.

Il est indéniable que l'éducation thérapeutique n'est pas en mesure de livrer au malade l'intégralité des réponses aux questions que pose la pathologie chronique. Elle est dans l'incapacité, par exemple, d'enseigner au malade la manière de bâtir une table de correspondance entre son ressenti et le processus physiologique qui œuvre dans son organisme. Elle ne peut pas non plus se substituer au malade pour traiter la complexité d'une décision autonome qu'il a prise pour lui-même afin de préserver sa santé dans un contexte où règne l'incertitude. En effet, le malade agit en fonction de paramètres multiples qui vont du choix raisonné en passant par la croyance, le désir, l'émotion, l'intention. Il est avant tout confronté à une situation pathologique instable parce que, d'une part, la présence de la maladie modifie ses repères et que, d'autre part, les seuils d'efficacité des traitements évoluent dans un contexte où l'environnement qu'il soit familial, social ou médical interagit avec ses propres décisions. De surcroît, l'éducation thérapeutique n'est pas en mesure d'indiquer au malade qu'il a, de manière certaine, agi au moment adéquat, et à bon escient.

A l'analyse, il semble bien qu'il faille éviter un double écueil. Il existe, tout d'abord, un risque que l'équipe soignante éprouve la tentation de façonner l'agir du malade chronique à sa convenance. Ensuite, la solidité de l'alliance thérapeutique est menacée par la possibilité d'une émancipation progressive du malade chronique de l'emprise de l'équipe soignante. Les facteurs susceptibles de favoriser une telle déprise sont contenus dans le principe même du transfert de compétences. En effet, le savoir expérientiel de la pathologie, la maîtrise des gestes techniques que nécessite son état, la capacité à réguler les traitements, l'appartenance à une communauté de malades qui constitue un lieu privilégié d'échanges d'expériences et

d'informations, la capacité d'autocontrôle sont autant d'éléments de nature à distendre les liens entre le malade chronique et l'équipe médicale. A contrario, il est permis de penser que l'aggravation de la pathologie contribue à un renforcement de la présence active de l'équipe médicale.

A l'évidence, la compréhension du sens de sa pathologie, le niveau d'expertise atteint permettent au malade chronique d'éprouver le sentiment qu'il possède une maîtrise des événements, de nature à favoriser l'amélioration de ses conditions d'existence. Néanmoins, le malade ne doit pas occulter le fait qu'il est confronté au danger de s'enfermer dans son savoir et ses certitudes. Mais justement, le principe même sur lequel repose l'éducation thérapeutique n'est-il pas de fournir à celui qui en bénéficie les moyens de s'affranchir de la relation contractuelle avec l'équipe soignante ?

Il apparaît bien que le malade qui accepte d'être le délégataire de la médecine se trouve dans une situation singulière. Il ne dispose, en effet, que de son expérience et de sa faculté à s'adapter à des situations inédites, à la différence du médecin qui conjugue la mobilisation de connaissances scientifiques à un savoir-faire qui s'est progressivement construit et enrichi au contact de multiples cas singuliers. On peut dire que le malade chronique n'est pas en mesure, par sa propre action, d'obtenir une connaissance certaine et exhaustive de lui-même. Il est, de fait, confronté à une impossibilité irréductible qui est celle d'une objectivisation complète de soi. Il est indéniable que le malade qui opère sur lui-même ne se situe pas dans un processus de distanciation comme celui qui existe dans la relation médicale courante. Manifestement, il est dans l'incapacité d'appréhender sa pathologie comme un processus objectif qui se déroule en lui, mais sans lui. La personne qui se soigne par elle-même ne peut pas, à mon sens, se soustraire à sa condition initiale qui est celle d'être malade. Aussi, il me semble que le malade délégataire de la médecine doit, nécessairement, être en mesure de concilier le fait qu'il éprouve des manifestations organiques qui traduisent la présence de la pathologie, ses effets sur son psychisme avec la problématique inhérente à l'application d'un protocole de soins. Mais, il convient de relever que, dans certaines

pathologies, l'administration d'un traitement est insuffisante en soi. En fait, elles exigent de la part du malade une implication d'une toute autre nature ; à l'exemple de la pathologie cardiovasculaire où la personne doit opérer, rapidement, des changements comportementaux afin de prévenir tout risque de rechute dans la maladie. En conséquence, à mon sens, se soigner par soi-même est une subtile et nécessaire cohabitation entre le vécu subjectif d'un état pathologique, et la mise en œuvre qui se veut objective de compétences comportementales et médicales.

Mais, avoir une emprise sur sa pathologie, en maîtriser les manifestations, ne se réduit pas à une participation aux décisions, à une collaboration dans l'application et la gestion du traitement. S'impose, en effet, au malade chronique l'exigence d'intégrer la présence et les contraintes de la maladie, d'en contrôler les manifestations, d'établir des conditions d'existence acceptables, de maintenir l'ouverture vers des possibles ; autant d'actions qui permettent au malade d'être lui-même. On peut légitimement penser que l'éducation thérapeutique du patient, même si elle possède ses propres limites et comporte ses propres risques, participe à l'établissement de cette authenticité d'être soi.

Il n'en demeure pas moins vrai qu'en dépit de ses intentions louables, l'éducation thérapeutique du patient demeure une source de questionnement. Sommes-nous véritablement en présence d'une pédagogie de l'autonomisation du patient ? Comment un malade peut-il porter sur son propre organisme atteint par une pathologie un regard de soignant ? Jusqu'où le malade peut-il aller dans les soins qu'il se prodigue à lui-même ? Si une compétence acquise s'apprécie lorsqu'elle est mise à l'épreuve des faits, elle doit, néanmoins, être évaluée. Aussi, on peut se poser la question de savoir si le malade chronique possède l'objectivité suffisante pour procéder à cet examen. N'existe-t-il pas un risque de divergence d'appréciation entre l'auto-évaluation, forcément subjective du malade et, l'estimation qui se veut, par définition, plus objective de l'équipe médicale ? Quelle est la responsabilité respective des différents acteurs du processus d'éducation thérapeutique du patient ? L'équipe médicale n'est-elle pas tentée d'imputer l'échec d'un traitement au seul malade ? De fait, il est vrai que le patient par

les actions qu'il entreprend met en jeu sa propre responsabilité. Aussi, si le malade chronique ne parvient pas à assumer correctement le rôle qui lui est imparti et qu'il a, rappelons-le, accepté, ne se sent-il pas coupable lorsqu'apparaissent des complications qui peuvent compromettre sa santé et ses conditions d'existence ?

Comme nous l'avons vu, chacun peut admettre que la médecine technico-scientifique n'est pas parvenue à apporter des réponses thérapeutiques définitives à toutes les situations pathologiques qui affectent l'être humain. Ainsi, chacun sait que des maladies demeurent incurables. Mais, nous devons être conscients du fait que le progrès médical peut, à tout moment, éclaircir l'horizon du patient et lui laisser entrevoir une perspective de guérison. Rappelons, également, que l'incapacité à guérir ne signifie pas obligatoirement la mort du malade. En effet, la médecine moderne dispose du pouvoir de convertir une pathologie létale en maladie chronique. La condition du malade consiste, alors, à apprendre à vivre avec la chronicité de la pathologie. Le rôle de la médecine est, dans ce cas, celui d'aider le patient à instaurer des conditions d'existence satisfaisantes. En conséquence, elle lui fournit les moyens pour tenter de mieux vivre en *compagnie* de sa pathologie.

Ainsi, au terme d'un apprentissage, le malade volontaire devient le délégataire de la médecine qui institue, par ce processus, le fait, pour lui, de pouvoir se soigner par lui-même. Certes, le malade peut refuser d'entrer dans ce rôle. Mais, dans ce cas, il doit répondre, par ses choix de vie, à une double contrainte. En effet, la médecine n'a pas de solution thérapeutique pour restaurer son état de santé défaillant, et l'équipe médicale n'est pas en mesure d'assurer une prise en charge permanente de sa pathologie. On comprend, donc, que dans ces conditions, par l'entrée dans un programme d'éducation thérapeutique, le patient est mis dans une position de soignant par l'équipe médicale. Il quitte, alors, le rôle habituel, habillé d'une certaine passivité, dévolu au malade qui consiste à concilier les manifestations pathologiques ressenties avec les traitements qui lui sont prodigués.

On peut dire que le malade éduqué joue le premier rôle dans l'application et dans la gestion des traitements, et que son action s'inscrit dans un cadre temporel précis qui est celui de la longue durée. Par ailleurs, elle est sous conditions dans le sens où la médecine est toujours potentiellement susceptible de parvenir à un progrès significatif dans l'approche thérapeutique de la maladie. Mais, le malade chronique est, aussi, confronté à l'éventualité d'une brutale dégradation de son état de santé qui peut le conduire, en dernière extrémité, à la mort. Il faut avoir conscience que l'inscription de la maladie dans la longue durée a pour conséquence de mettre au premier plan la question de l'observance des prescriptions médicales. La constance dans l'observance est, en effet, le facteur déterminant, en régime stabilisé de la pathologie, de l'établissement ou du maintien de conditions d'existence satisfaisantes. Mais, elle se traduit également par une accoutumance aux modalités du traitement, par l'instauration de routines dans l'existence même du patient.

Or, le malade chronique doit se préparer à affronter l'éventualité de l'inefficacité du traitement, et l'imprévisibilité des manifestations pathologiques qui peuvent se révéler sous un jour inattendu. Aussi, des facteurs comme le rythme propre de la maladie, son expressivité, sa variabilité expliquent qu'en réponse le patient puisse être tenté de s'affranchir du strict respect des prescriptions de l'équipe médicale. Il est, alors, logiquement amené à élaborer, à expérimenter son propre traitement, toujours susceptible d'adaptation, et à en mesurer les effets sur son organisme.

La modernité consacre donc l'émergence d'une figure singulière du malade. Il n'est plus celui qui est atteint par une pathologie qui le fait souffrir et qui sollicite l'intervention bienveillante et efficace d'un médecin pour restaurer sa santé. Il est celui dont la modalité existentielle permanente, non plus temporaire comme dans le cas précédent, s'inscrit dans la pathologie, sans perspective connue de guérison. Il convient de noter que pour affronter cette situation, il s'appuie à la fois sur le vécu de sa maladie, sur les effets du traitement, et les connaissances qui lui ont été dispensées par l'équipe médicale. C'est bien ce double savoir, à

la fois expérientiel et médical, qui permet au malade de développer l'intelligence de sa maladie, et de construire sa propre normativité quant à l'instauration de ses conditions de vie.

L'analyse montre, sans peine, que cette évocation de la condition du malade chronique n'épuise pas les cas où la médecine moderne met les personnes en situation de devoir réagir. En effet, la médicalisation de l'existence et une pratique médicale par trop inscrite dans l'économie de marché sont à même de conduire l'homme moderne à renoncer à être lui-même dans son rapport aux soins.

C) L'abandon de soi :

C'est un fait établi que la médecine technico-scientifique offre des possibilités inégalées au bien portant pour mener une existence qui s'inscrit dans la durée, et qui se déroule sans altération majeure de sa santé. Le malade a, pour sa part, l'espérance de bénéficier de conditions uniques pour restaurer sa santé défaillante ou pour réparer son corps meurtri. Mais, le sens commun sait aussi que la médecine n'est pas en mesure d'apporter une réponse efficiente à toutes les manifestations pathologiques. Il existe, à l'évidence, des maladies qui révèlent l'impuissance temporaire de la médecine technico-scientifique à comprendre les mécanismes morbides à l'œuvre dans le vivant, et par conséquent à les contrôler ou à les annihiler. Dans ce cas, l'intervention de la médecine consiste à tenter de contenir la dégradation de la santé du malade et à lui assurer des conditions d'existence supportables. Tel est le cadre de l'action de la médecine technico-scientifique qui ne suscite pas, en règle générale, de remise en cause fondamentale.

Lorsqu'il décide de se soigner, le malade admet que le fait de supporter provisoirement des incapacités, des souffrances occasionnées par les interventions médicales, par les traitements administrés est le prix à payer pour obtenir la guérison. Il sait, également, que la pratique médicale peut ne pas répondre à ses attentes et le décevoir. Il arrive, en effet, que la médecine se montre par trop techniciste, et que l'équipe médicale occulte la dimension prendre soin dans sa relation avec le malade et dans l'administration des traitements. Le

sentiment qui est, alors, éprouvé par le malade est celui d'un enfermement dans l'artificialité du geste médical. Malgré tout, on peut légitimement penser que le consentement aux soins, en l'occurrence le recours à la médecine technico-scientifique, dans la mesure où elle est considérée comme le moyen le plus efficace de se soigner, est l'attitude la plus raisonnable. Néanmoins, il faut bien voir que ce comportement n'est jamais à considérer comme un acquis certain. Un malade a, en effet, toujours la liberté de refuser un protocole de soins et, même, s'il y est entré, il peut, par la suite, adopter une conduite d'évitement ; ce qui consacre, ainsi, à mon sens, une forme d'abandon de soi.

Mais, la réalité se révèle être, à mon sens, plus complexe. En effet, nous devons admettre que la mise à distance de la médecine technico-scientifique ne constitue pas un obstacle à la recherche et à l'exploration par la personne de voies alternatives qu'elle estime, à tort ou à raison, plus authentiques, plus en accord avec sa conception de ce que doit être le soin. Il est vrai que même affaibli, vulnérable, un malade demeure, malgré tout, en mesure de pouvoir opérer des choix même s'il n'est pas parfaitement éclairé, même s'il ne dispose pas de l'exhaustivité et de la fiabilité des informations nécessaires à la compréhension de sa pathologie et de sa situation médicale. Dans ce cas de figure, le patient mobilise et utilise, alors, un savoir empirique qu'il peut enrichir par les avis, par les expériences de tierces personnes savantes ou non, destiné à lui permettre de définir, par lui-même, des stratégies thérapeutiques et de s'administrer des traitements.

Mais, comme nous l'avons indiqué, aucun champ de l'existence humaine n'échappe au pouvoir de la médecine technico-scientifique. Il est aisé de vérifier que, dans chaque domaine, elle est amenée à construire un système référentiel normatif et à légiférer. De fait, tout écart détecté, par rapport à la norme que la médecine a établie, est identifié comme un risque potentiel et il est, alors, traité comme tel :

« Les normes corporelles, morales, et psychiques se précisent, tout écart trop visible à ce nouveau régime de valeurs se trouve potentiellement appréhendé comme un nouveau territoire de risque à gérer, à dépister, à contrôler, à suivre et à traiter¹⁴⁷ ».

Il est indéniable que s'occuper de sa santé et de son bien-être, rechercher l'harmonie avec soi-même sont des actions qui appartiennent en propre à chaque personne. Or, en voulant se soigner par elle-même, force est de constater que la personne se heurte au biopouvoir médical qui se présente comme l'unique source de réponses rationnelles pour aborder les problématiques liées à la santé et au bien-être.

Il apparaît, en effet, que les connaissances scientifiques mobilisées par la médecine autorisent le corps médical à penser qu'il est la seule instance à posséder la légitimité pour opérer la distinction entre ce qui est bon et mauvais pour la santé de l'être humain. Par conséquent, il n'est pas surprenant de voir que c'est la médecine technico-scientifique qui établit les normes qui définissent la santé et les règles comportementales que chacun se doit de respecter pour la conserver. Ainsi, la déviance, par rapport à la norme instituée, conduit à la médicalisation, les *transitions floues* qui rythment la vie du bien-portant sont considérées comme de nouvelles pathologies, et les phénomènes physiologiques naturels, comme la vieillesse, deviennent des objets à médicaliser.

Mais, édicter des principes s'avère, en soi, insuffisant. Ainsi, il n'est pas surprenant de constater que la médecine moderne est injonctive, car, à l'évidence, la norme ne possède un pouvoir que si elle est observée, respectée. Mais, en l'occurrence, il convient d'opérer, me semble-t-il, une distinction entre l'injonction et l'incitation raisonnée. On peut dire que l'injonction est impérative et que, par conséquent, elle ne se discute pas. Par contre, l'incitation, pour moi, fait plutôt appel à l'intelligence de la personne, à sa capacité à comprendre les enjeux de l'observance d'un comportement adapté pour le maintien de sa

¹⁴⁷ Gori Roland et Del Volgo Marie-José, *Exilés de l'intime*, op.cit., p.74.

santé. Elle consiste, surtout, à la sensibiliser à l'importance qu'elle doit accorder à son mode de vie et à son influence sur sa santé.

De fait, le discours incitatif possède, à mon sens, une double portée. Il apporte un contenu informationnel et il confère une responsabilité. En effet, si la personne qui dispose d'une information pertinente sur le risque que lui fait courir une conduite inappropriée peut, certes, ne pas en tenir compte, elle est, néanmoins, responsable des conséquences qu'implique ce choix. Par contre, se conformer à une injonction de santé, sans débat critique avec lui-même, revient pour le bien-portant à se plier à la norme médicale et, donc, à contribuer à gommer, en partie, son identité.

Si chacun peut admettre que l'activité médicale est censée produire des effets bénéfiques pour la santé des personnes, force est de constater que, lorsqu'elle est injonctive, la médecine contribue à l'altération de la conscience que chacun a de sa problématique de santé, et des moyens à utiliser pour y apporter des réponses appropriées. On peut, alors, à mon sens, considérer que l'homme moderne est confronté à ce que Petr Skrabanek appelle le « rôle d'expert-conseil des bien-portants et d'arbitre de la normalité¹⁴⁸ » que s'est attribué la médecine technico-scientifique. Il est indéniable qu'elle se substitue, alors, à la personne dans la discrimination des facteurs réellement déterminants pour la préservation de sa santé et dans l'établissement des choix correspondants. En effet, par le jeu des normes, la médecine technico-scientifique consacre la mise à distance du savoir empirique et expérimentiel de la personne quant à la détermination des éléments constitutifs de sa santé et de son bien-être. Il faut bien avouer que, par les processus de médicalisation, la médecine moderne instaure le bien-portant en sujet des investigations médicales, alors même qu'il n'éprouve aucun trouble. On peut, donc, dire qu'il devient à son insu un malade potentiel.

Mais, il convient d'admettre que la reconnaissance du bien-fondé de l'existence d'une norme et l'entrée dans un processus de médicalisation sont justifiées lorsqu'il s'agit de

¹⁴⁸ Skrabanek Petr, *La fin de la médecine à visage humain*, op.cit., p.16.

détecter précocement une pathologie, et d'augmenter, ainsi, les chances de guérison de la personne. En effet, dépister une pathologie le plus tôt possible permet d'offrir au malade des conditions de soin améliorées, car, de fait, les traitements sont moins lourds, moins traumatisants et les perspectives de guérison meilleures. Mais, il faut bien avoir conscience que le bénéfice que trouve la personne dans le dépistage précoce de la pathologie a comme contrepartie de l'inscrire dans un cadre normatif constitué par une typologie de maladies corrélée à une échelle d'âges, à des comportements à risques.

Notons que si la médecine moderne fait appel à la raison, au sens des responsabilités de la personne, elle peut, aussi, être confrontée à une attitude négative que l'on peut expliquer par la crainte de l'annonce d'un résultat positif quant à la présence d'une anomalie organique. Dans ce cas, si la personne gagne bien sur le temps de l'annonce, elle compromet, néanmoins, l'efficacité du traitement. Observons que l'inscription dans un processus de médicalisation se comprend, également, lorsque l'état physiologique ou psychique de la personne ne lui permet pas d'entreprendre une action autonome efficiente. Par contre, l'attitude qui consiste pour la personne à cesser, partiellement ou complètement, de se consacrer aux soins qu'elle se doit à elle-même alors qu'elle est en capacité de le faire consacre, pour moi, une forme d'abandon de soi.

Examinons, maintenant, la double modalité d'édiction d'une norme. La première consiste à indiquer aux personnes, en l'état des connaissances médicales, ce que sont les bonnes pratiques d'hygiène de vie à observer pour demeurer en bonne santé. Dans ce cas, la médecine invite la personne à s'inscrire dans une normalité de comportement qui consiste à accepter et à suivre ses prescriptions. Il faut, par conséquent, bien être conscient du fait que la détermination de ce qui est constitutif de la santé n'est pas du ressort de l'initiative individuelle. La seconde modalité d'édiction d'une norme est, à mon sens, liée aux possibilités techniques de la médecine moderne qui permettent au bien-portant d'éviter le risque de la non-conformité, de l'anormalité. Il est significatif de constater qu'un élément caché et constitutif de l'intimité comme le sexe entre, désormais, dans les critères de la

beauté. Ainsi, la vision d'une *jolie* vulve est en passe de s'imposer comme une norme esthétique. Il a suffi, en effet, que la nymphoplastie de réduction devienne une intervention chirurgicale médiatisée pour susciter la demande. Par conséquent, dans cet exemple, on voit bien que l'existence d'une technique médicale qui permet l'esthétisation d'un élément anatomique est un moyen d'établir une norme. Dans ce cas, la médecine apparaît comme un simple instrument de mise en conformité avec les attentes individuelles et/ou les exigences sociétales.

Il faut bien être conscient du fait que la norme est un référentiel existentiel extérieur à la personne qui induit des schèmes de pensée et génère des habitudes d'action. La norme possède, à l'évidence, une fonction d'homogénéisation des réponses apportées à une problématique donnée. Mais, on peut, également, penser que l'adhésion à une norme est un processus identificatoire qui sert à la personne de cadre de référence et d'action. Elle peut résulter d'un libre consentement de la personne ou d'une incapacité à élaborer une réponse qui lui est propre lorsqu'elle est confrontée à une situation donnée. A la vérité, l'assujettissement à la norme bride la capacité créative de la personne. Surtout, l'idée même d'autonomie qu'il est, par principe, possible de concevoir comme un moyen d'émancipation vis-à-vis des normes, est, elle-même, vidée de son sens par le fait qu'elle résulte d'une construction sociale. En conséquence, il faut dire que la personne, si elle veut préserver sa santé se doit, certes, d'être attentive aux conseils dispensés par la médecine technico-scientifique, mais elle se doit, avant tout, d'exercer son sens critique sur ce qu'elle accepte de la médecine normative et injonctive. Il faut bien avoir conscience du fait que s'en remettre au pouvoir de la norme médicale et sociétale consacre, rappelons-le, un abandon de soi. A l'évidence, en induisant des schèmes mentaux et des habitus d'action uniformes, la norme ne laisse pas de place à la recherche de voies alternatives originales.

Mais, pour moi, ne se laisser voir qu'au travers du prisme des normes relatives à l'apparence signifie que la personne accepte de ne se laisser apprécier que dans ce qui se donne dans l'immédiateté, dans une dimension identitaire faussement totalisante. En outre, il

est de la nature de la norme, me semble-t-il, de qualifier dans l'incomplétude. Aussi, on peut dire que le fait de ramener l'être au paraître est une approche réductrice qui ne peut livrer qu'une vision appauvrie des éléments constitutifs du caractère, de la personnalité d'un être humain puisqu'elle ne concerne pas son dire et son faire. Il est à noter que l'utilisation de cette unique modalité de révélation de ce qu'est l'être humain suppose que celui qui juge possède la grille de décryptage de ce qui lui est donné à voir. Or, il faut se souvenir que cet outil est élaboré sur la base de l'intégration et de l'assimilation des normes médicales et sociales en vigueur. On peut, par conséquent, à mon sens, dire que le normatif est fermé sur lui-même.

A l'évidence, le biopouvoir médical incite la personne à éprouver ses conditions d'existence comme porteuses de dangers. Il justifie, ainsi, l'établissement de procédures de contrôle, l'existence de contraintes quant au respect des normes de santé. Aussi, la matérialisation d'un facteur de risques doit induire, de la part de la personne concernée, un comportement normatif de retour à un mode de vie sain, selon les critères médicaux, susceptible de prévenir l'apparition de la maladie. On comprend, alors, pourquoi, à l'ère moderne, chacun est incité à contrôler, à l'aide de tests biologiques, si son état physiologique s'écarte ou pas de la norme existante. Il suffit, en effet, à la personne, de faire parvenir à un laboratoire d'analyses médicales un échantillon de son sang ou de sa salive pour être informé sur l'existence ou l'absence de facteurs de risques quant au développement potentiel d'une maladie. Il semble bien que le recours, sous cette forme, aux tests biologiques soit, en lui-même, problématique. En effet, on peut légitimement se poser la question de la fiabilité de ces analyses. En outre, on peut, également, s'interroger sur la capacité de la personne à supporter le choc éventuel provoqué par la communication d'un résultat défavorable, en l'absence du commentaire éclairé d'un médecin et d'un accompagnement psychologique. Or, force est de constater que la généralisation des tests à la maison qui consistent à vérifier un état physiologique, à dépister, à surveiller une maladie, renforce, de fait, la capacité de la personne

à établir un diagnostic par elle-même, et à recourir, par la suite, aux ressources de l'auto-médication.

Il va de soi que ce nouveau rôle dévolu à la personne et la responsabilité qui lui est associée peuvent constituer des facteurs d'anxiété. Notons, par ailleurs, que le développement de ce type de pratiques conduit au renforcement de l'intériorisation par chacun des normes de santé. Il convient d'insister, également, sur le fait que le poids de la norme sur les comportements confronte la personne à des enjeux existentiels. Elle aliène, en effet, une part de son libre arbitre lorsqu'il existe un assujettissement irraisonné à la norme. On peut penser, également, que la personne perd le sentiment du charme de l'existence, le plaisir d'être soi. Aussi, elle doit être consciente du fait qu'un monde uniquement régi par les normes est en soi irréel. Elle doit, par ailleurs, se dégager de l'illusion qui consiste à penser qu'elle agit en toute autonomie alors qu'en fait, elle est sous l'emprise des normes. Nous sommes, donc, en mesure d'affirmer que l'enjeu existentiel pour la personne consiste à être en mesure de vérifier que les choix qu'elle opère se font hors de toute influence, de toute pression normative.

On peut, à mon sens, légitimement, considérer que l'efficacité du processus d'intériorisation des normes se mesure au fait qu'il génère une évidence d'être soi. Mais, elle s'avère par nature inauthentique dans le sens où elle n'émane pas de l'activité créatrice de la personne. De surcroît, nous devons bien reconnaître que, paradoxalement, la personne adopte une attitude singulière qui consiste à s'approprier et à se reconnaître dans cette inauthenticité :

« C'est ainsi que des femmes et des hommes pourront sincèrement désirer être eux-mêmes en se confiant à la chirurgie esthétique pour gommer une vieillissement du corps qui leur semble être en contradiction avec la jeunesse de leur esprit, sans voir que cette revendication à être soi masque le travail des normes qui redéfinissent le corps en fonction de leur construction dans

des magazines de beauté, dans une économie du soin, dans une médecine de la vie non-malade¹⁴⁹ ».

Ainsi, il faut bien voir qu'avec cette focalisation de la personne sur son apparence, ce qui constitue sa singularité, son intériorité, au sens des potentialités qu'elle recèle en elle, est extériorisé. Aussi, c'est toujours une source d'étonnement de constater qu'une personne ne se sent exister qu'à travers ce qu'elle porte à l'extérieur par la médiation de son enveloppe charnelle.

On comprend, dans ces conditions, que le diktat de l'apparence conduise la personne à soumettre son corps à une surveillance constante. En effet, tout signe de relâchement, de défaillance de son organisme doit être détecté au plus vite et, elle doit y remédier sans délai puisqu'elle risque d'entrer dans le champ de la culpabilisation, et dans celui de la réprobation sociale :

« Un devoir de paraître déguisé en droit au bien-être qui implique une beauté, une jeunesse et une santé d'autant plus attendues que des savoirs, des techniques et des produits prétendent pouvoir les donner, les maintenir ou les restituer ; d'autant plus précieuses que le corps a pris toute la place de l'âme défunte ; d'autant plus exaltées que la laideur et la souffrance sont moins supportées, ayant perdu toute espèce de justification morale ou religieuse. Sauver son corps de la disgrâce, le soustraire à la pénalisation sociale qu'elle entraîne, est devenu un nouveau tourment¹⁵⁰ ».

Nous devons bien admettre qu'effectivement le défaut de conformité équivaut à une mort sociale.

Néanmoins, là-aussi, on ne peut qu'être surpris de constater que la personne n'exprime plus de la satisfaction ou de l'insatisfaction acceptée vis-à-vis de son corps, mais qu'elle s'identifie aux discours que les instances médicales ou sociales lui tiennent sur ce qu'il doit être. Or, la transformation apportée sur telle ou telle partie de son corps ne modifie pas

¹⁴⁹ Le Blanc Guillaume, *Les maladies de l'homme normal*, op.cit., p.27.

¹⁵⁰ Perrot Philippe, *Le travail des apparences*, op.cit., p. 205.

fondamentalement ses conditions d'existence. Mais, malgré tout, la personne qui utilise les services de la chirurgie esthétique considère que son mal-être existentiel repose, exclusivement, sur des défauts physiques, au moins supposés comme tels. Pourtant, il faut bien se rendre à l'évidence : tenter d'incarner le type idéal de la beauté, de la jeunesse élaboré par les normes sociétales est une action interminable, inefficace et illusoire. En outre, le temps s'écoule inéluctablement et imprime sa marque sur l'enveloppe corporelle et sur l'organisme de la personne. Par conséquent, l'acte chirurgical qui se veut réparateur des outrages du temps n'offre qu'un résultat éphémère ; il est, donc, toujours à réentreprendre.

On peut, également, penser que la quête éperdue du jeunisme à travers le recours aux ressources techniques de la médicalisation renvoie dans l'inconscient de la personne à un eldorado considéré comme perdu, et avec lequel elle doit renouer pour espérer éprouver du bien-être. Par conséquent, nous devons nous poser la question de savoir si la personne qui pose par principe que sa vie était meilleure dans un passé où elle était plus jeune signifie que, dans un présent où elle avance en âge, sa capacité créatrice est défailante, son projet de vie est en panne.

A l'évidence, passée l'euphorie du constat de la transformation physique opérée par le chirurgien, la personne risque de rester seule face à un sentiment de profond malaise. Dans des cas extrêmes, la personne qui, par exemple, utilise sans cesse les techniques chirurgicales contre le vieillissement en arrive à ne plus se ressembler, à ne plus se reconnaître, à perdre une partie de ses traits identitaires. Par conséquent, on peut affirmer que, contrairement à ce que laisse entendre le discours tenu par la médecine technico-scientifique, une intervention chirurgicale, si réussie soit-elle sur le plan technique, n'a pas le pouvoir d'apporter une réponse appropriée à un problème existentiel.

Il semble bien que l'homme moderne ait perdu la capacité qui consiste à accepter la confrontation avec les situations déstabilisantes de l'existence, et à y apporter ses propres réponses. Il est, ainsi, étonnant de constater que le simple fait de s'éprouver comme un être

malheureux le conduit à se penser malade. Il entre alors, sans effort réflexif, dans un processus de médicalisation car, pour lui, visiblement, le recours au savoir-faire technique de la médecine est l'instrument privilégié pour rétablir sa santé psychique, et renouer, ainsi, avec le bien-être :

« On évite l'expérience des situations-limites, car on ne supporte plus d'être ébranlé. [...] Comme il exige le bonheur, l'homme moderne se presse chez le médecin qui prend les âmes en charge. Il représente pour lui l'homme de la science moderne et le grand technicien du psychisme capable de restaurer le bonheur¹⁵¹ ».

Il apparaît, par ailleurs, que, dans la restauration de ce qui a été perdu, l'homme moderne dénie au temps son pouvoir de maturation. En effet, il pense qu'en cas de défaillance, son état de santé doit pouvoir s'améliorer instantanément. Or, la capacité à produire des effets immédiats appartient au médicament. Il n'est, donc, pas surprenant, dans ces conditions, de constater que le recours à la substance médicamenteuse soit devenu un choix prioritaire pour retrouver la santé. On comprend, plus facilement, que l'utilisation d'anxiolytiques puisse, ainsi, être privilégiée, alors même que l'activité physique, par la sécrétion des endomorphines, permet d'obtenir un résultat identique.

Il est à souligner que s'affirme, dans cette approche thérapeutique, une conception de la médecine qui vise la résorption du trouble psychique par l'action d'une molécule chimique :

« La norme qui guide l'intervention est la recherche de la « spécificité » des effets : ainsi, par exemple, une « dépression » doit être traitée avec un « antidépresseur »¹⁵² ».

De fait, la corrélation qui est établie entre le trouble psychique et son traitement médicamenteux induit une inflexion sémantique du concept de pathologie : « Petit à petit, la

¹⁵¹ Jaspers Karl, *Le médecin à l'âge de la technique*, trad. Jean-Claude Gens, revue PO&SIE, n° 116, Paris, Belin, 2006, p.99.

¹⁵² Lakoff Andrew, *La raison pharmaceutique*, trad. Philippe Pignarre, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond & Le Seuil, 2008, p.19.

maladie tend à être définie comme ce qui « répond » bien à un traitement ¹⁵³ ». Il faut bien dire que le recours privilégié aux médicaments est l'expression par la personne d'une croyance en la toute puissance de la chimie, et signe, de ce fait, sa désaffection pour la connaissance et la compréhension de soi. Elle attend, en effet, de l'utilisation de la chimie médicamenteuse une disparition rapide du symptôme.

Mais, si le médicament prescrit par le thérapeute procure à la personne une amélioration de son état de santé, il n'en demeure pas moins vrai qu'elle est temporaire. En effet, dès la dissipation de l'effet de la molécule chimique, la personne est confrontée à la résurgence des éléments constitutifs de son mal-être. Elle peut, alors, par conséquent, douter de l'efficacité du médicament, s'en prendre à son médecin qui ne lui a pas prescrit la bonne molécule, et entrer dans une logique consumériste de recherche de la substance susceptible de lui procurer un bien-être.

Notons qu'en entrant dans cette quête effrénée la personne sape son aptitude à affronter la souffrance : « [...] lorsque le médecin doit être là pour soulager toute forme de souffrance, alors commence l'égarement existentiel ¹⁵⁴ ». En effet, le choix de ce qu'elle considère comme une solution, mais qui est, notons-le, extérieure à elle-même, épargne à la personne l'indispensable travail réflexif sur les éléments constitutifs de son trouble. De fait, il apparaît, alors, qu'elle renonce à créer par elle-même ses propres conditions d'existence.

On notera que l'attitude qui consiste à s'abandonner au pouvoir de la norme traduit l'impuissance de la personne devant la nécessaire et salutaire mise à distance de la médecine technico-scientifique. Rappelons qu'elle exprime, également, une forme de négation d'une existence authentique qui a comme caractéristique essentielle de lui permettre de pouvoir choisir et emprunter sa propre voie. Aussi, il apparaît bien que l'enjeu pour la personne est d'apprendre à se déprendre d'une adhésion irréfléchie aux normes et d'une obsession de sa santé ; attitude qui s'accompagne, par conséquent, nécessairement, d'une utilisation à bon

¹⁵³ *Ibid.*, p.19

¹⁵⁴ Jaspers Karl, *Le médecin à l'âge de la technique*, op.cit., p.100.

escient des ressources de la médecine. Or, la société moderne se caractérise par la possibilité d'accéder facilement à multiples sources d'information consacrées à la santé. Ce savoir disponible incite, alors, la personne à accorder une plus grande attention aux manifestations de son organisme, de son corps. Dès lors, le moindre trouble qu'il soit bien ou mal interprété signe la présence de la maladie. Le bien-portant peut même se reconnaître dans la simple description d'une pathologie. Cette identification est, de surcroît, assimilée à un diagnostic de la maladie. Mais, elle ne semble pas constituer un problème dans la mesure où la personne sait qu'elle dispose, avec les processus de médicalisation, de moyens capables de solutionner les entraves à son bien-être et de gommer, ainsi, toute peur existentielle.

Mais, s'il faut bien admettre que l'adhésion excessive, irraisonnée à des normes traduit l'incapacité de la personne à exprimer sa propre subjectivité, force est de reconnaître la difficulté de pouvoir résister au caractère prégnant de la norme, d'autant plus qu'elle : « [...] se propose comme soutien pour l'existence humaine¹⁵⁵ ». Néanmoins, apprendre à déceler l'existence d'une norme et savoir la mettre à distance devient, à mon avis, une exigence majeure pour l'homme moderne, car une pathologie singulière le guette :

« La normopathie désigne des personnalités limites qui cherchent par tous les moyens à paraître normales en mimant les normes à la perfection. Cette pseudo-normalité ou normalité pathologique menace tous les sujets dont le sens de la vie réside dans la normalité¹⁵⁶ ».

A l'évidence, la norme opère la dissolution de la singularité puisqu'elle dicte ce qui doit être et s'oppose, ainsi, à la capacité d'expression de la personne. En effet, adopter, par commodité, sans esprit critique, une norme extérieure à soi traduit, pour moi, l'existence d'un trouble de la personnalité, d'une identité mal affirmée, d'un manque de confiance en soi. En outre, en adoptant cette attitude, la personne ne prend pas en considération la faiblesse intrinsèque de la norme qui, de fait, à l'évidence, possède moins de force prégnante qu'un comportement déterminé par elle-même. De plus, à mon sens, la norme est porteuse d'un

¹⁵⁵ Le Blanc Guillaume, *Les maladies de l'homme normal*, op.cit., p.53.

¹⁵⁶ Le Blanc Guillaume, *Les maladies de l'homme normal*, op.cit., p.33.

risque potentiel. En effet, on peut légitimement penser que la personne assujettie à son pouvoir se sent protégée par la conformité à la norme, et s'exonère, ainsi, de toute prise en charge, par elle-même, de sa santé.

Il se trouve qu'à l'ère moderne l'idée qui consiste à se soigner par soi-même s'incarne, aussi, dans l'achat et l'utilisation des produits élaborés par la mercatique pharmaceutique. Or, il faut bien être conscient du fait que, pour assurer le développement du marché de la santé et atteindre leurs objectifs de profit financier, les firmes pharmaceutiques, aidées par le corps médical, développent parmi la population, sans opérer de distinction entre les bien-portants et les malades, la conscience du pathologique en action qu'il convient de combattre. Il est, dans ces conditions, difficile pour la personne d'échapper à la logique consumériste à travers laquelle elle éprouve le sentiment d'être un agent libre qui dispose de la faculté de choisir des produits et des services.

Relevons que l'attitude du consommateur qui consiste à exiger l'utilisation des techniques les plus récentes et les plus performantes provoque une intolérance à la manifestation du moindre incident. De fait, le produit ou la prestation achetée se doivent, par conséquent, d'être sans défaut. Mais, si le zéro défaut possède une pertinence dans le monde de la production industrielle, il n'a pas de sens dans le domaine médical. En effet, il faut bien avoir conscience que le corps médical intervient sur une matière vivante qui demeure soumise à des risques.

Or, la logique consumériste dépossède la personne de sa capacité à accepter l'aléa thérapeutique et ses conséquences éventuelles. On notera, en outre, que la libre disposition de produits médicamenteux consacre l'oubli de soi. Prenons en guise d'illustration l'exemple de la pratique sportive. Pour éviter la douleur, l'athlète se doit d'échauffer sa masse musculaire avant l'effort et de pratiquer des étirements après l'effort, tout en veillant à s'hydrater correctement avant, pendant et après l'exercice physique. Or, le simple fait de savoir qu'il existe des substances artificielles susceptibles de régler l'intensité ou d'endiguer la douleur

peut faire oublier au sportif les exigences de son corps pour être dans la disposition favorable à la production de l'effort physique qui lui est demandé. Dans ces conditions, le sportif n'éprouve pas les limites physiologiques de son organisme. De fait, la sensation d'aller bien, d'aller mieux, d'être plus performant le trompe sur ses capacités réelles. A l'évidence, le recours aux molécules chimiques occulte le nécessaire et indispensable rapport que le sportif doit entretenir avec son corps. Par conséquent, nous voyons bien que l'attitude consumériste est illusoire.

Aussi, il me semble, pour ma part, que c'est l'alliance de l'esprit d'investigation et du désir de prendre les choses en main qui fonde véritablement l'authenticité d'être soi-même. Cette attitude s'observe, d'ailleurs, dans la vie courante. En effet, chacun peut aisément convenir que l'utilisation d'objets usuels le confronte, à un moment donné, au choix du remplacement ou de la réparation. Si remplacer consiste à céder aux sirènes du consumérisme, réparer constitue une source d'expériences nouvelles. Ainsi, la remise en état de fonctionner d'un objet est une activité de nature à permettre à la personne d'éprouver une expérience du temps inédite. Elle établit, aussi, un rapport différencié à l'objet et à soi puisqu'elle implique de développer des capacités inusitées. Par contre, si le consumérisme se donne comme le moyen de libérer la personne de tâches matérielles et, par conséquent, de lui faciliter la réalisation de ses propres aspirations, il la prive, dans le même mouvement, de la possibilité d'expérimenter autrement son monde matériel.

Il est à remarquer que savoir prendre les choses en main signifie, également, être pris en main par les choses. Ainsi, dans une activité un peu complexe, la personne est dans l'obligation de se plier aux exigences d'objets qui ont leur propre façon d'être, non négociable. Par conséquent, de ce point de vue, la réalité est bien un monde de contraintes. Lorsqu'un objet est difficile à maîtriser, il nécessite un apprentissage, et, en règle générale, il a des caractéristiques propres que l'utilisateur se doit de respecter car elles s'imposent à lui.

On peut légitimement penser que prendre sa santé en main s'apparente à cette attitude alternative au consumérisme. Dans ce cas, la personne se montre attentive à l'état de son organisme, elle se familiarise avec ses réactions et elle apprend à en déchiffrer le sens. On peut donc dire que, par ce retour à soi, la personne se saisit d'elle-même. Elle accède ainsi à une forme d'authenticité. Il apparaît bien qu'agir par soi-même, sans être sous influence, traduit la clairvoyance, l'autonomie, l'inventivité de la personne qui cherche à garder une emprise sur les événements qui rythment son existence. A mon sens, l'attitude qui consiste à se soigner par soi-même se conçoit, alors, comme une nécessité constitutive de la personne et, non pas comme un simple comportement alternatif vis-à-vis d'une médecine technico-scientifique normative.

A l'évidence, toute personne qu'elle soit bien-portante ou malade se doit de passer les discours qui lui sont tenus sur sa santé au filtre de son sens critique, et de développer son propre pouvoir d'expertise afin d'être en mesure de procéder, en fonction de ses possibilités, à des choix éclairés et raisonnés. En effet, il faut réaffirmer, ici, que la maîtrise des effets induits par la pratique médicale moderne est une nécessité pour chacun d'entre nous. Elle passe, à mon sens, par une action réactive qui consiste à la mise en œuvre de processus créatifs dont la finalité essentielle est de déconstruire l'arrondissement médical au profit d'un arrimage de la personne à elle-même.

Mais, dans la mesure où la médecine technico-scientifique promet l'atteinte du bien-être, la tentation est grande, pour la personne, de la mettre à l'épreuve pour voir si elle est capable de tenir cet engagement, en utilisant toutes les possibilités qu'elle recèle. Il convient, ainsi, de noter que la personne s'engage, dans ce cas, dans un processus de médicalisation avec l'espoir de parvenir à une existence idéalisée. Par voie de conséquence, elle délaisse l'action personnelle qui consiste à élaborer des réponses originales aux problématiques liées à la santé et au bien-être. Ainsi, en acceptant un assujettissement aux normes, la personne abdique ce qui est constitutif de sa singularité, c'est-à-dire son aptitude à penser par elle-même et sa créativité.

Dans ces conditions, nous sommes amenés à souscrire à l'idée que : « [...] la soumission constitue, elle, une base mauvaise de l'existence¹⁵⁷ ». Or, il est à souligner que c'est justement l'expression de sa singularité qui conditionne le libre choix de la personne sur les réponses qu'elle apporte aux événements qui surviennent dans son existence, et qui lui permet, également, d'éprouver le plaisir de se sentir vivre. De fait, selon moi, la personne qui est capable de penser sa vie comme lui appartenant en propre, et d'en créer les conditions est en bonne santé.

Mais, nous devons reconnaître que le discours normatif de la médecine technico-scientifique ne s'adresse pas à la singularité de la personne. Or, il faut rappeler que la détermination des éléments qui s'appliquent à ce qui constitue son individualité est la tâche qui appartient et qui, de fait, est impartie à la personne. Par conséquent, elle doit bien avoir conscience que la norme envahit son esprit, influence ses comportements à son insu, et institue une fêlure dans l'affirmation de soi. De fait, la personne est bien confrontée à un enjeu qui est d'être elle-même par la définition et la mise en œuvre d'un projet de vie original. Il faut bien voir que l'accord avec soi-même ne se réalise que par une action réfléchie à partir de valeurs qui n'appartiennent pas à la normalité sociétale ; ce qui signifie, à mon sens, que la personne doit prendre conscience du fait qu'elle possède, en elle, les ressources nécessaires pour développer une action alternative à l'observance de la norme. Elle doit, nécessairement, croire en sa capacité à déployer de façon dynamique le talent qui est le sien pour affronter les situations qui excèdent ce qu'elle admet comme supportable.

A l'évidence, cette forme d'action créative implique que la personne soit indemne d'un sentiment de déprise sur le monde. En effet, si les situations vécues ne correspondent pas à l'idéal souhaité, aux ambitions affirmées, aux performances attendues, la personne exprime de l'insatisfaction susceptible de la faire entrer dans une crise existentielle qui est de nature à induire une perte de sens et une dévalorisation de soi. L'existence d'un tel processus de déstructuration interdit, alors, pour moi, tout rebond, tout sursaut. Dès lors, la personne est

¹⁵⁷ Winnicott Donald Woods, *Jeu et réalité*, trad. Claude Monod et J.-B. Pontalis, Paris, Gallimard, 1975, p.92.

incapable de résister aux effets produits par le travail des normes, et d'affirmer son identité en établissant ses propres conditions d'existence.

Comme nous l'avons évoqué, la médecine technico-scientifique se caractérise par son pouvoir d'édiction de normes relatives à la santé. A priori, l'approche semble légitime car le médecin est celui qui est capable de permettre au malade de retrouver une santé perdue. Par conséquent, s'impose l'idée qu'il doit être en mesure d'apporter une aide précieuse lorsqu'il s'agit de la préserver. Si l'attitude naturelle du médecin consiste à partager ce savoir avec les biens portants, se pose, néanmoins, la question de définir la nature et le périmètre de la norme appliquée à la santé.

Observons que la médecine change de registre lorsque la dimension incitative de son activité se transforme en injonction. De l'énonciation de ce qui est souhaitable pour préserver la santé, en l'état des connaissances médicales, la médecine passe au stade de l'édiction impérative des comportements à adopter. La seule responsabilité reconnue qui incombe au bien-portant est, alors, de faire ce que la médecine lui dit de faire. En conséquence, ne pas se conformer aux injonctions de la médecine est une conduite déviante de nature à compromettre la santé de la personne.

Aussi, dans ce cas, on comprend que l'irruption de la maladie puisse signifier la stigmatisation de la personne. Il est vrai que le discours médical culpabilise celui ou celle qui est en défaut d'observance de la norme. S'instaure alors un contrôle permanent de la santé dans le respect des conditions d'existence établies par les normes. Il faut bien voir que le bien-portant est confronté au problème de l'observance d'une prescription qui n'est pas une recommandation thérapeutique mais une injonction non susceptible d'être questionnée. On peut dire que, dans ce cas, la médecine technico-scientifique dénie à la personne le droit d'établir, par une action réflexive, son propre rapport à sa santé.

Cette attitude est renforcée par le fait que, désormais, tout événement existentiel qui affecte une personne entre dans le champ de la médecine, et devient, par conséquent,

susceptible d'être traité par la voie médicale. En effet, activité de plein exercice dans le marché planétaire des produits et des services consacrés à la santé et au bien-être, la médecine, rappelons-le, apporte aux personnes les moyens de se mettre en conformité avec les normes médicales et sociétales. Mais vivre en conformité, en accord avec les normes, signifie que la personne renonce à formuler ses propres objectifs de santé, et à agir par elle-même pour les atteindre. Dans ce cas, la personne privilégiée, alors, une existence qui est marquée par la sujétion, et qui est consacrée par l'expression d'un soi empreint d'inauthenticité.

Notre analyse fait apparaître que la médecine moderne contraint le bien-portant et le malade à devoir faire face à des situations inédites qui appellent des réponses originales. En effet, il apparaît bien que, par la production d'effets singuliers non sollicités et inattendus, elle transforme le cadre conceptuel de la problématique traitée par la philosophie, depuis son origine, relative à la nécessité, pour la personne, de savoir se secourir par elle-même dans les maladies. Ce qu'il convient de mettre en exergue, à mon sens, c'est que l'activité de la médecine technico-scientifique conduit à des mises en situation particulières qui sont potentiellement porteuses, pour les personnes concernées, d'éléments de déstabilisation.

Ainsi, il est vrai que le schéma corporel de la personne subit les changements occasionnés par le traumatisme initié par l'accident ou la maladie et par les interventions chirurgicales réparatrices. Mais, bien plus, on peut parler, pour moi, de vacillement des traits identitaires lorsque la personne est incapable d'intégrer la succession des modifications corporelles, et de supporter, en elle, des éléments organiques étrangers incorporés par la médecine. Dans ce contexte, nous devons mettre en évidence le fait que l'intervention chirurgicale destinée à réparer un physique meurtri, et, donc, à dispenser des effets bénéfiques, nécessite de la part du patient une capacité à opérer une conversion de tous ses repères identitaires et existentiels sous peine de ne plus être lui. Il doit, en effet, parvenir à inventer la vie qui correspond aux effets produits et induits par la technicité du geste chirurgical.

Dans un autre registre, il convient d'observer, qu'impuissante à obtenir une guérison, la médecine, sans se désintéresser de son patient, lui confie, alors, la tâche de prendre soin de lui. Cette délégation, même si elle est librement acceptée, n'en demeure pas moins contrainte dans la mesure où il n'y a pas d'autre voie, pour le malade chronique, d'obtenir une stabilisation, voire une amélioration de ses conditions d'existence. Dans ce cas, la médecine technico-scientifique demande au patient de concilier sa condition de malade avec la position de soignant. Ainsi, donc, au poids de la maladie s'ajoutent la charge et la responsabilité de la bonne application d'un traitement.

Par ailleurs, nous devons bien nous rendre à l'évidence que la santé est l'une des valeurs où se réfugie l'homme moderne ; ce qui, à mon sens, facilite, par la médecine, l'établissement d'un tout normatif. Force est d'admettre que l'action totalisante de la médecine consiste à édicter une norme, et à offrir, à la personne, le moyen de s'y conformer. En outre, il semble bien que le pouvoir de la norme tient au fait qu'elle est élaborée par une autorité qui est considérée, par le sens commun, comme présentant une légitimité. Personne ne peut contester le fait que la médecine est, en effet, la meilleure instance pour connaître les phénomènes pathologiques, et pour élaborer les solutions thérapeutiques destinées à les circonscrire. Par conséquent, il est compréhensible que le sens commun puisse considérer que l'adhésion aux normes de santé définies par la médecine technico-scientifique soit le plus sûr moyen de ne pas la perdre.

Mais, la rencontre avec la puissance normative de la médecine est potentiellement porteuse, pour l'être humain, d'un risque de dépossession de soi. Sous cet angle d'appréciation, la norme se conçoit, à mon sens, comme la négation du fait que la personne puisse constituer son propre référentiel comportemental pour éviter, dans la mesure du possible, de compromettre sa santé. Aussi, il convient de souligner, une nouvelle fois, qu'elle lui dénie la capacité qui lui appartient, pourtant en propre, de pouvoir établir ses conditions d'existence.

A l'évidence, l'homme moderne attend de la médecine technico-scientifique qu'elle mobilise les ressources dont elle dispose pour restaurer une santé compromise ou pour réparer les traumatismes corporels. En outre, il admet que l'irruption de la maladie et l'application des traitements sont susceptibles de générer de la souffrance. Mais, il sait que ce mal-être n'est, à l'exception du cas des pathologies létales et des maladies chroniques, que temporaire dans la mesure où la survenance de la guérison est l'évènement le plus probable. Néanmoins, à l'attitude communément attendue de recourir aux services d'un tiers savant, le malade peut y substituer celle qui consiste à se soigner par soi-même. Il est vrai que le privilège accordé à la technicité dans la pratique médicale et le phénomène de marchandisation de la médecine constituent deux puissants facteurs qui incitent la personne confrontée à la maladie à rechercher des chemins alternatifs.

Par ailleurs, il faut bien convenir que la puissance et l'impuissance qui est relative et temporaire de la médecine technico-scientifique confrontent l'homme moderne à la menace d'une altération de ses traits identitaires et d'un sentiment de déprise sur les événements de sa vie. Paradoxalement, la pratique médicale met la personne dans des situations porteuses de risques. Si elles ne sont pas de son fait, elles nécessitent, néanmoins, de sa part une capacité réactive qui consiste en une autocréation de ses conditions d'existence et une invention de soi. Utiliser sa capacité de jugement réflexif pour décider de la voie à emprunter, mobiliser sa créativité pour en concevoir le cheminement, en faire l'expérience nourrissent alors, à mon sens, l'acuité du sentiment d'existence.

A l'ère moderne une évidence s'impose : être malade ne correspond pas uniquement à un ressenti, à la conscience de la présence de la pathologie. Il est, en effet, établi que les maladies possèdent la faculté d'œuvrer à bas bruit ou silencieusement. En conséquence, seuls les moyens d'investigation de la médecine technico-scientifique permettent, alors, de déterminer si la personne est ou non malade. Dans ce cas, on voit bien que le rapport à la maladie subit une inversion. La pathologie n'est plus ce que la personne éprouve. Elle est l'attribution discursive d'une qualification par un tiers. De surcroît, il convient de rappeler que

la pathologie peut être inventée par l'industrie pharmaceutique à la seule fin d'accroître son chiffre d'affaires.

Si la médecine moderne est en mesure de satisfaire les désirs ou les convenances personnelles, il faut bien voir que cette faculté s'accompagne d'un sentiment de défiance compte-tenu des dangers et des risques que comporte le libre accès au marché thérapeutique. Il faut souligner, également, que la médecine technico-scientifique se caractérise par son ambivalence. En effet, même si elle éprouve, parfois, de la désillusion sur la capacité du médecin à prendre en charge sa pathologie, la personne n'en reste pas moins, d'un côté, fascinée, au point de tout en attendre, par les prouesses techniques sans cesse renouvelées de la médecine, et par sa capacité à lutter efficacement contre un nombre croissant de maladies.

Mais, d'un autre côté, confrontée à un pouvoir médical omniprésent et tout puissant, la personne éprouve la crainte de ne plus pouvoir être elle-même, d'être dépossédée de sa propre capacité d'autodétermination. Il est, en effet, difficile de se maintenir dans l'attitude spontanée qui consiste à estimer qu'il n'est pas toujours nécessaire de recourir aux services d'un tiers qualifié ; vu que la médecine oppose le fait que, dans le domaine de la santé, aucun signe n'est anodin. Pour elle, tout symptôme est, potentiellement, porteur d'un risque plus grand. En conséquence, la médecine moderne invite la personne à entrer dans un processus de médicalisation.

Pour moi, ces éléments m'incitent à penser que la médecine technico-scientifique détermine en profondeur les éléments constitutifs de l'activité qui consiste à se soigner par soi-même ; alors qu'il était permis de penser que l'autonomie d'action de la personne excluait de fait le pouvoir prégnant de la médecine. Certes, nous devons bien concéder que l'activité qui consiste à se soigner par soi-même ne peut pas négliger l'apport des connaissances médicales sur les modalités de fonctionnement des mécanismes physiologiques, et sur les moyens de les préserver. A cet égard, nous ne devons pas oublier que la nécessité du soin est liée au fait que si chacun, a priori, naît en bonne santé, cet état perdure rarement. En effet,

nous sommes forcés d'admettre que si chaque personne possède bien un système de défense contre les agressions dont elle doit prendre soin, il n'est pas infallible puisque des maladies peuvent survenir ; et, lorsque la pathologie fait irruption dans l'existence de la personne, elle constitue une épreuve singulière qu'elle seule a le pouvoir d'affronter puisque la médecine n'a aucune prise sur son vécu.

Mais si se soigner par soi-même c'est pouvoir disposer du choix des moyens thérapeutiques à employer, il n'en reste pas moins vrai, à mon sens, que cette action demeure étroitement conditionnée par les interventions de la médecine technico-scientifique. A cet égard, il semble bien qu'un danger guette l'homme moderne qui est de ne plus pouvoir la mettre à distance, et, par conséquent, de perdre l'aptitude qui consiste à se soigner par soi-même. Aussi, à mon sens, les situations, sans aucun précédent, créées par la médecine technico-scientifique nécessitent pour être assumées ou dépassées que la personne soit en mesure d'élaborer des réponses inédites. De plus, c'est bien le fait que la personne puisse agir de sa propre autorité qui lui permet d'instituer une vie qui lui appartient en propre, qu'elle éprouve comme ayant du sens, dans l'authenticité d'être elle-même.

C'est pourquoi, après avoir mis en lumière les spécificités de la médecine technico-scientifique et évoqué les mises en situations des bien-portants et des malades qu'elle occasionne, nous allons, maintenant, analyser les modalités de l'action qui consiste à se soigner par soi-même, à l'ère moderne, en s'appuyant sur les exemples que constituent le fait d'essayer de vieillir sans déclin, de vivre avec une maladie chronique, de renouer avec son identité après une intervention chirurgicale réparatrice.

2- La pratique du soin à la première personne :

Dans la problématique du soin que l'on se prodigue à soi-même, nous ne pouvons pas occulter le fait que l'organisme dispose d'un mécanisme destiné à le protéger des agents pathogènes : le système immunitaire. Par conséquent, avant d'être une action élaborée et mise en œuvre par la personne, l'auto-soin est, d'abord, une production de l'organisme. Mais, ce n'est pas parce que le système immunitaire est un automatisme qui agit à l'insu de la personne, que celle-ci doit s'en désintéresser. Au contraire, il est patent qu'un état psychique solide ou fragile, une conduite appropriée ou inadéquate affectent la qualité intrinsèque attendue du système immunitaire qui est de pouvoir répondre, efficacement, à l'action d'un agent pathogène. A cet égard, nous devons avoir conscience que le travail du négatif qui opère dans la vie psychique, à travers les émotions éprouvées, entrave son bon fonctionnement. Dans le même ordre d'idées, il est notoire que l'adoption de conduites à risques répétitives et l'exposition à des substances nocives en amoindrissent l'efficacité.

Nous sommes, en effet, bien obligés d'admettre que la personne est capable d'adopter des comportements déraisonnables de nature à nuire à la préservation de sa santé. C'est, en particulier, le cas lorsqu'elle cultive l'insouciance de soi. Elle néglige, alors, le fait qu'elle est actrice dans le déclenchement de la maladie par un mode de vie inadéquat ou par des conduites constitutives de risques. Il n'est, certes, pas concevable de dénier à une personne le droit de choisir son chemin y compris le plus mauvais. Par contre, il est nécessaire de veiller à ce qu'elle ait une parfaite conscience de ce qu'impliquent ses propres choix de vie qui, soulignons-le, engagent sa responsabilité. A l'opposé, lorsque la personne se soumet à la vaccination, elle contribue à l'éducation de son système immunitaire, et par conséquent, elle renforce son efficacité. Ces éléments montrent, à l'évidence, que la personne joue bien un rôle actif dans l'affermissement ou dans l'affaiblissement de son système immunitaire.

L'existence même du système immunitaire consacre, pour moi, à un double titre, l'idée du soin en première personne. En effet, d'une part, chaque personne dispose d'un

mécanisme de défense autonome contre les agents pathogènes qui lui appartient en propre et qui réagit selon sa singularité. D'autre part, si la personne est dans l'incapacité d'intervenir sur les modalités de fonctionnement de son système immunitaire, elle possède, néanmoins, comme nous venons de l'évoquer, le pouvoir d'améliorer son efficacité, et de ne pas contribuer à son altération par des conduites inappropriées.

Mais nous devons reconnaître que la parfaite efficacité du système immunitaire n'est jamais assurée. Il lui arrive, même, de détruire les éléments constitutifs du vivant qu'il est sensé préserver. Au regard de tels dysfonctionnements qui, en règle générale, se traduisent par l'apparition d'une pathologie, l'idée hippocratique selon laquelle chaque personne doit savoir se secourir par elle-même dans les maladies garde, à l'ère moderne, toute sa pertinence. Elle est, d'ailleurs, reprise par Bergson :

« [...] la nature, ayant conféré à l'être vivant la faculté de se mouvoir dans l'espace, signale à l'espèce, par la sensation, les dangers généraux qui la menacent, et s'en remet aux individus des précautions à prendre pour y échapper¹⁵⁸ ».

A l'évidence, se poser comme sujet existant, c'est-à-dire comme puissance d'actualisation de possibles, suppose, à mon sens, que la personne sache perdurer dans son être en mettant à distance ou en éliminant les états menaçants. Cette attitude apparaît d'autant plus légitime que c'est bien la personne qui est la mieux placée par rapport à un tiers, fût-il savant, pour orienter sa vie à partir de la connaissance qu'elle a de sa propre existence :

« L'existence dont nous sommes le plus assurés et que nous connaissons le mieux est incontestablement la nôtre, car de tous les autres objets nous avons des notions qu'on pourra juger extérieures et superficielles, tandis que nous nous percevons nous-mêmes intérieurement, profondément¹⁵⁹ ».

¹⁵⁸ Bergson Henri, *Matière et Mémoire*, *op.cit.*, p.12.

¹⁵⁹ Bergson Henri, *L'évolution créatrice*, Paris, Presses Universitaires de France, 2007, p.3.

Ainsi, il revient à chacun le soin d'établir, dans le domaine de sa santé, ce qu'il convient de faire, et de choisir les moyens jugés les plus appropriés pour la préserver ou la restaurer. Or, il est à noter que, pour le sens commun, l'activité qui consiste à se soigner est envisagée dans un sens restrictif. En effet, l'idée de soin est habituellement liée à l'existence de la pathologie, et à la finalité qui est recherchée, à savoir la guérison. Il en résulte, par conséquent, qu'en l'absence de la maladie, la personne est susceptible d'oublier une dimension essentielle de l'existence qui consiste à prendre soin de soi :

« A la différence de la maladie, la santé ne nous est pas constamment présente à l'esprit, elle nous accompagne sans que nous nous en soucions. Elle ne nous enjoint pas, ni ne nous engage à prendre soin de nous-mêmes. Elle participe de ce prodige qu'est l'oubli de soi¹⁶⁰ ».

La personne peut être, ainsi, amenée à occulter le fait que sa santé est à entretenir sous peine de la perdre.

Pourtant, elle possède bien une prérogative qui lui appartient en propre qui est de se soucier de sa santé, ce qui signifie, soulignons-le, qu'elle ne saurait être déléguée à un tiers. C'est, d'ailleurs, à mon sens, ce qui fonde la pratique des soins que l'on se prodigue à soi-même. La personne se doit de chercher, de trouver et de mettre en œuvre ses propres solutions pour tenter de prévenir les altérations de sa santé. Mais, il convient d'observer que la possibilité d'une action efficace suppose qu'elle connaisse précisément le risque encouru, et l'attitude d'évitement appropriée qu'elle se doit d'adopter. Elle doit, également, posséder le savoir-faire propre à lui permettre le rétablissement d'une santé dégradée.

En fait, chacun possède la faculté de se soigner en faisant l'expérience de ce qui, dans son mode de vie, lui convient ou ne lui convient pas. La personne peut, dans ce cas, se livrer à des expérimentations qui ont pour finalité d'améliorer son état de santé. Le simple exemple de la colopathie fonctionnelle¹⁶¹ illustre cette assertion. Ainsi, pour traiter cette pathologie, la

¹⁶⁰ Gadamer Hans-Georg, *Philosophie de la santé*, op.cit., p.107.

¹⁶¹ C'est un « trouble du fonctionnement du côlon, d'origine inconnue, sans lésion organique décelable », selon la définition du Larousse Médical.

personne, à partir de la connaissance qu'elle a d'elle-même, procède à des essais successifs pour déterminer les aliments qui lui conviennent le mieux. Si ce tâtonnement empirique et progressif ne lui permet pas de comprendre les phénomènes physiologiques qui conduisent à la guérison, il contribue, néanmoins, à l'amélioration de sa santé.

Il est, généralement, admis que l'adoption d'une hygiène de vie permet à chacun d'espérer se prémunir contre certaines altérations de sa santé. Il est acquis, en effet, que la pratique des exercices physiques contribue à affermir le corps, à le rendre plus résistant, plus actif, plus puissant, et, par conséquent, moins sujet à l'apparition de pathologies. Du coup, la personne est moins asservie aux contraintes physiques occasionnées par la maladie ; ce qui, me semble-t-il, est de nature à lui permettre de se rendre plus disponible pour s'adonner à ce qui constitue un moyen de prévention efficace contre la pathologie qu'est l'indispensable travail réflexif sur soi. Il apparaît, donc, que, par le fait de prendre soin de soi en observant, par exemple, comme nous venons de le voir, une hygiène de vie, la personne se donne le moyen de renforcer sa résistance aux aléas auxquels est soumise sa santé.

Mais, il est à remarquer que si la personne dispose bien d'une liberté de choix quant aux moyens pour prendre soin d'elle-même et se soigner, celle-ci est sans cesse mise en question par l'action d'un biopouvoir médical qui apporte des réponses, présentées comme les seules possibles, aux problématiques de santé. En conséquence, il apparaît bien que la personne doit faire preuve de vigilance, et veiller à s'en tenir, rappelons-le, à un bon usage de la médecine technico-scientifique ; ce qui signifie qu'au recours systématique à un thérapeute, elle puisse substituer une automédication assise sur l'autocontrôle et l'autorégulation. Autrement dit, se soigner par soi-même est une attitude raisonnée qui se conçoit, d'une part, comme la mise en œuvre d'une hygiène de vie visant à prévenir l'apparition de pathologies et, d'autre part, comme le recours à la médecine lorsque la personne a épuisé ses propres capacités à restaurer sa santé.

Mais, nous devons bien convenir que ce qui caractérise surtout la modernité c'est que l'attitude qui consiste à se soigner par soi-même est étroitement déterminée par l'existence de facteurs liés au développement même de la médecine. Premièrement, la connaissance des mécanismes physiologiques et des éléments qui nuisent au bon fonctionnement de l'organisme fournit à celui qui veut l'utiliser des moyens pour se maintenir en bonne santé. Deuxièmement, le fait que la médecine soit présente et agisse dans tous les champs de l'existence dépossède la personne de son pouvoir de prendre soin d'elle-même, et de choisir, en cas de besoin, sa propre voie thérapeutique. Troisièmement, la puissance ou l'impuissance, selon les cas, de la médecine technico-scientifique conduit le malade qui l'accepte à devenir son délégataire pour pouvoir vivre dans des conditions supportables. Quatrièmement, les opérations chirurgicales de remplacement d'un élément anatomique perdu à la suite d'une maladie ou d'un accident sont de nature à provoquer chez le patient un vacillement identitaire qu'il se doit d'annihiler pour espérer renaître à la vie.

C'est pourquoi nous allons articuler notre propos autour d'une double approche. Dans un premier temps, nous nous intéresserons à ce qu'il convient d'appeler les modalités de l'agir. C'est-à-dire qu'à partir du constat que l'organisme oscille entre la santé et la maladie, nous examinerons ce que signifie prendre soin de soi et se prodiguer des soins à soi-même. Ensuite, nous nous poserons la question de savoir si, de fait, une pratique auto-soignante n'est pas déjà sous l'influence de la médecine technico-scientifique. Puis, dans un second temps, nous chercherons à déterminer si, à partir des problématiques qui consistent à vieillir sans déclin, à vivre avec une maladie de compagnie et à affirmer ses traits identitaires après un acte chirurgical réparateur, se soigner par soi-même ne consiste pas, en définitive, à répondre de manière inventive à des situations inédites. Si c'est le cas, il conviendra alors de tenter de comprendre ce que recèle cet agir, nécessairement, créatif.

2-1 Les modalités de l'agir du bien-portant et du malade :

Personne ne peut mettre en doute le fait qu'à l'exception des personnes atteintes de maladies congénitales héréditaires ou de maladies acquises in utero, les êtres humains

naissent tous en bonne santé. Il convient, donc, d'en prendre soin. Mais, nous devons bien reconnaître que ce fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme est sans cesse menacé : « Nous sommes destinés à vieillir, à nous affaiblir, à être malades malgré tous les traitements médicaux¹⁶² ». On voit bien que la pleine santé, si tant est qu'elle existe, est un état qui ne perdure pas, malgré la mise en œuvre d'actions destinées à la préserver. En effet, la santé possède la caractéristique de s'altérer au fil du temps. On peut, donc, légitimement penser que si la personne entreprend de se soigner, c'est justement parce que sa santé est devenue problématique ; elle s'est dégradée ou elle a été perdue. Il me semble, donc, qu'en préalable à toute action, se pose, pour la personne, la question de savoir à quel phénomène elle a affaire ; ce qui revient, par conséquent, à déterminer ce qu'est la santé et son antonyme la maladie.

A) Les états oscillatoires de l'organisme :

Il est acquis et admis que la personne, de par ses comportements au quotidien, sa conduite, son rythme de vie contribue, consciemment ou inconsciemment, au maintien ou à l'altération de son état de santé. Mais, il est à souligner que les choix, les actions individuelles se heurtent au déterminisme biologique. La personne qui veut prendre soin d'elle-même est confrontée, par conséquent, à une difficulté majeure. Elle doit, en effet, apprendre à composer avec un constituant organique, son patrimoine génétique, dont elle n'a aucune connaissance, aucune expérience. Si elle désire préserver sa santé, il semble bien, comme nous l'avons vu, que la personne soit dans l'obligation de se conformer à une rectitude de vie dont le paradoxe est qu'elle n'offre aucune garantie effective de protection de l'organisme. L'une des particularités de la pathologie est, en effet, de jalonner l'existence de la personne, car elle est inhérente à la nature humaine. Ainsi, la maladie peut présenter un caractère cyclique, répétitif. Elle peut être marquée par la différenciation des effets qu'elle produit. Elle est plus ou moins grave et son issue est plus ou moins prévisible. Par conséquent, il faut se rendre à l'évidence : le devenir du malade est toujours incertain. En effet, il peut mourir, passer à l'état de malade

¹⁶² Montaigne Michel de, *Les Essais en français moderne*, op.cit., p.1313.

chronique, obtenir un répit, connaître une amélioration temporaire, guérir. On voit bien, dès lors, apparaître un enjeu existentiel pour la personne qui est d'être à même de tolérer l'irruption de la maladie, de la supporter, de lutter contre elle, et si possible de la vaincre. On peut, donc, dire que la vie d'une personne est une oscillation constante entre deux pôles : la santé et la maladie. En fait, la santé ne se révèle et ne s'apprécie que dans un face à face avec la maladie.

Pour le sens commun, il semble bien que la simple évocation de la santé et de la maladie présente une signification immédiate. Par conséquent, il n'y a pas lieu d'en questionner le sens. En effet, chacun s'est trouvé dans la position de se sentir en bonne santé ou de s'éprouver malade. On peut, donc, en déduire que chacun sait par expérience ce que sont la santé et la maladie. Or, il est aisé de comprendre que cette évidence apparente n'est pas suffisante, en soi, pour clarifier le sens de ces deux concepts. Ce travail d'approfondissement sémantique s'avère, d'ailleurs, indispensable à l'objectivité du jugement médical. Ainsi, en écrivant dans les *Principes de médecine expérimentale* que : « La définition de la maladie a épuisé les définisseurs¹⁶³ », Claude Bernard souligne bien, à mon sens, la difficulté de tracer des frontières précises entre ces états oscillatoires de l'existence que sont la santé et la maladie. Il est clair que l'appréhension de l'idée de santé présente, en elle-même, une difficulté intrinsèque. En effet, si la santé est bien une affaire de ressenti individuel, elle n'apparaît pas, nécessairement, comme un sujet de préoccupation ; sauf, bien évidemment, pour la personne qui est atteinte d'hypocondrie. On peut, ainsi, dire que la santé prospère dans l'oubli d'elle-même. Or, l'amélioration des connaissances médicales fait que l'énoncé du diagnostic d'une maladie est à même de venir contredire le ressenti de la personne. Il lui fait littéralement perdre la santé. Surgit alors une difficulté singulière qui est celle d'obtenir une adhésion au discours médical sans que la personne n'éprouve par elle-même un trouble organique. En effet, la présence effective d'une pathologie n'altère pas, nécessairement, la qualité de vie de la personne. Ainsi, on peut être malade sans connaître aucun trouble

¹⁶³ Bernard Claude, *Principes de médecine expérimentale*, op.cit., p.270.

organique ; dans ce cas, c'est bien l'investigation médicale, elle-même, qui permet de révéler l'existence de la pathologie. On voit bien que la santé et la maladie ne correspondent pas nécessairement au vécu subjectif de la personne. En conséquence, se pose la question de la recherche de critères objectifs qui permettent de rendre compte de la réalité de ces deux états de l'organisme.

On peut affirmer sans risque d'être contredit que les concepts de santé et de maladie s'appréhendent dans la réciprocity. En effet, la santé parfaite qui, de fait, exclut la possibilité de la maladie n'existe pas. A l'examen, il semble bien que c'est l'entrée dans la condition de malade qui constitue, véritablement, l'occasion de mesurer par rapport à un état antérieur, celui de la santé, ce qui manque, ce qui a, désormais, disparu : « Dans la mesure où vous avez affaire à la maladie, vous avez en vérité affaire à la santé au sens où c'est la santé qui manque et qui doit être à nouveau restaurée¹⁶⁴ ». Pour parvenir à définir la maladie, René Cruchet nous enseigne que la méthode à suivre, en droite ligne avec la tradition hippocratique, consiste à opérer une distinction entre les traits communs et les disparités avec le référentiel qui est *l'état de santé*¹⁶⁵. Mais, à l'évidence, l'approche analytique qui consiste à prendre comme point de départ les éléments constitutifs de la santé est problématique. D'une part, la santé n'est pas définie. D'autre part, la médecine technico-scientifique montre qu'il n'est pas possible de s'en tenir à l'idée communément admise qui consiste à dire que le signe d'une bonne santé correspond à l'inexpressivité de l'organisme, à son fonctionnement en continu et en silence. En effet, cette conception occulte le fait que nombre de maladies, au degré de gravité plus ou moins prononcé, conspirent et se développent à bas bruit ou, même, sans bruit. En fait, à mon sens, l'un des apports de la médecine moderne est de nous enseigner que le silence de l'organisme doit être pris en considération. Mais, une difficulté surgit, car son interprétation est problématique. Le silence de l'organisme peut signifier, selon le cas, une normalité de fonctionnement ou la présence d'une pathologie dont les manifestations ne sont pas perceptibles.

¹⁶⁴ Heidegger Martin, *Séminaires de Zurich*, trad. Caroline Gros, Paris, Gallimard, 2010, p.87.

¹⁶⁵ Cruchet René, *De la méthode en médecine*, Bordeaux, Imprimeries Delmas, 1942, p.112.

Mais, à la vérité, la reconnaissance de l'utilité d'un concept n'apporte pas de réponse quant à sa signification. Il est, donc, nécessaire de tenter de définir la santé. Il est indéniable qu'il n'existe pas de stabilité acquise du vivant pour la simple raison que l'organisme est sans cesse confronté aux éléments pathogènes de son environnement. En conséquence, tout organisme vivant doit répondre à une nécessité vitale qui est celle d'assurer la stabilité des valeurs de ses propres paramètres biologiques face aux variations du milieu. Rappelons, à cet égard, que l'idée d'un équilibre du milieu intérieur provient des travaux de Claude Bernard :

« La régulation bernardienne, fondée sur la stabilisation interne des conditions nécessaires à la vie des éléments cellulaires, permet à l'organisme d'affronter les aléas de l'environnement puisqu'elle consiste dans un mécanisme de compensation des écarts¹⁶⁶ ».

Développée par le physiologiste Walter B. Cannon, cette idée a été conceptualisée sous le nom d'homéostasie. L'homéostasie traduit le fait que l'organisme possède une capacité de réponse face aux modifications de l'environnement extérieur. Il est, en effet, vital pour l'organisme d'être en mesure de maintenir un état d'équilibre dynamique de ses différentes constantes physiologiques lorsqu'il est confronté aux variations de son milieu externe. Mais, cet équilibre est toujours provisoire dans la mesure où il est susceptible d'être remis en cause par de nouveaux changements de l'environnement externe. En outre, l'équilibre de l'organisme, pour être effectif, doit répondre à des contraintes. En effet, les constantes physiologiques¹⁶⁷ affichent des valeurs soumises à des variations. Or, ces valeurs doivent impérativement être comprises entre des bornes qui représentent les limites qui ne doivent pas être transgressées sous peine de compromettre l'existence même de la personne. Ainsi, la température du corps humain oscille autour de 37 degrés, et le respect de cette valeur de référence est la condition pour que l'organisme puisse fonctionner à l'optimum. Par voie de conséquence, toute dérive autour de cette valeur cardinale constitue un déséquilibre qui nécessite une mesure corrective. En effet, la défaillance non compensée signe, pour la

¹⁶⁶ Canguilhem Georges, *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie*, Paris, Vrin, 1977, p.97.

¹⁶⁷ Au nombre desquelles, il convient de mentionner le nombre de globules rouges, la pression artérielle, la quantité de fer dans le sang, la température du corps.

personne, l'entrée dans la pathologie : l'hyperthermie ou l'hypothermie selon les cas. En outre, il est à noter que le milieu intérieur lui-même est le siège de modifications permanentes qui provoquent des déséquilibres que les cellules du corps se doivent de compenser. De fait, là aussi, l'absence de correction signifie que l'organisme n'est plus en état homéostatique ; ce qui provoque l'irruption de la pathologie. Il faut, en effet, bien être conscient du fait que le défaut ou l'absence de compensation ne permettent pas au paramètre physiologique concerné d'atteindre la valeur requise pour rétablir l'équilibre. Or, l'efficacité d'un mécanisme compensatoire repose sur le strict ajustement au déséquilibre rencontré. En conséquence, l'organisme doit donc disposer d'un système de régulation capable de l'avertir de l'existence d'un déséquilibre, de sa nature, de déclencher une mesure compensatrice, et de la transmettre au système physiologique concerné pour pouvoir rétablir l'homéostasie.

A cet égard, l'utilisation d'un exemple concret est de nature à faciliter la compréhension du fonctionnement de la régulation physiologique. Ainsi, l'effort musculaire que fournit un sportif provoque une élévation progressive de la température de son corps. Or, cette augmentation du degré de chaleur du corps humain constitue un déséquilibre à contrôler. La nécessaire régulation de la température corporelle mobilise alors l'hypothalamus¹⁶⁸. Mais, d'autres zones du cerveau contribuent aussi à rétablir la température équilibrée du corps. Il s'agit du centre de la thermolyse et du centre de la thermogénèse. Toutes ces zones constituent les centres thermorégulateurs. L'hypothalamus reçoit des informations des thermorécepteurs périphériques de la peau et des thermorécepteurs situés à l'intérieur de l'organisme. Il actionne les mécanismes appropriés capables de produire de la chaleur (la thermogénèse) ou de perdre de la chaleur (la thermolyse). Dans l'exemple du sportif, le centre thermorégulateur fait intervenir les effecteurs dont l'action consiste à faire baisser la valeur de la constante physiologique qu'est la température. Il envoie, donc, une commande matérialisée par un influx nerveux, en utilisant une voie efférente, aux effecteurs concernés en l'occurrence les glandes sudoripares. Lorsque la commande en provenance du centre thermorégulateur arrive

¹⁶⁸ Il s'agit plus particulièrement du noyau préoptique qui est le centre de la thermorégulation.

aux cellules des glandes sudoripares, celles-ci secrètent une quantité déterminée de sueur dont l'évaporation permet d'éliminer une quantité définie de chaleur. En éliminant de l'eau par évaporation, l'organisme perd en même temps la chaleur excédentaire et régule sa température interne. De toute évidence, ce processus physiologique est nécessaire à l'organisme pour gérer, lors d'un exercice physique, les phases successives d'activité et de repos, pour contrôler le système respiratoire et veiller à ce que son fonctionnement soit adapté à la situation rencontrée. L'asthmatique, lui, comble le besoin en oxygène de ses cellules par l'hyperventilation.

Mais, il faut bien convenir que maintenir l'homéostasie de l'organisme est une activité complexe. En effet, si respirer permet, certes, d'ingérer la quantité d'oxygène nécessaire au bon fonctionnement des cellules de l'organisme, cette fonction s'avère insuffisante par elle-même. En effet, les cellules doivent être en mesure de répartir l'oxygène absorbé dans l'ensemble de l'organisme. Or, les conditions environnementales externes influent sur la capacité de l'organisme à maintenir l'homéostasie. Ainsi, une personne confrontée à une atmosphère polluée demande un effort accru aux cellules de sa muqueuse respiratoire pour filtrer et épurer les particules viciées. Par conséquent, nous devons admettre que vivre dans un environnement qui recèle une forte concentration d'éléments pathogènes demande un surcroît de travail au système immunitaire. Il est à noter, au passage, qu'une personne peut être reconnue malade alors que des mécanismes de compensation maintiennent les composantes concernées de son organisme dans des valeurs acceptables pour la vie. Si la personne possède une certaine latitude pour maîtriser les paramètres de son environnement externe, elle n'a, par contre, aucune prise sur les processus physiologiques qui concourent à maintenir l'homéostasie. En effet, ces mécanismes ne requièrent pas d'action consciente, volontaire de la part des personnes. Ils fonctionnent en automaticité. En fin de compte, ce qui est à retenir c'est que la capacité de l'organisme à maintenir ou à ramener les différentes constantes physiologique à des degrés compatibles avec la vie est l'expression même de la santé. En ce

sens, la vie apparaît bien comme : « [...] cette activité polarisée de débat avec le milieu qui se sent ou non normale, selon qu'elle se sent ou non en position normative ¹⁶⁹ ».

On voit bien que les rapports entre la santé et la maladie sont l'expression des adaptations physiologiques, plus ou moins réussies, produites par l'organisme en réponse aux variations de son milieu. A la vérité, être en bonne santé signifie que l'organisme, à un instant précis, est adapté à son milieu et que, par voie de conséquence, il est capable de supporter des écarts, mais dont la quantification est, nécessairement, déterminée. Notons qu'à l'évidence la variation, pour pouvoir être tolérée, ne doit pas être de nature à altérer la fonction de l'organisme qui consiste à pouvoir ériger de nouvelles normes de vie. De fait, la réactivité du vivant s'atteste face à la maladie. Pour moi, le vivant est un pouvoir d'instauration de normes en réaction à des phénomènes de dislocation ou de rupture de l'équilibre vital :

« [...] le fait pour un vivant de réagir par une maladie à une lésion, à une infestation, à une anarchie fonctionnelle traduit le fait fondamental que la vie n'est pas indifférente aux conditions dans lesquelles elle est possible, que la vie est polarité et par là même position inconsciente de valeur, bref que la vie est en fait une activité normative¹⁷⁰ ».

De fait, la capacité normative du vivant traduit son insoumission aux variations du milieu. Le pouvoir d'instituer de nouvelles normes et de créer de nouveaux équilibres contribue, par voie de conséquence, à la définition d'un nouveau milieu propre et de nouvelles relations spécifiques avec l'environnement. Dès lors, il apparaît bien que le normal et le pathologique ne sont que les expressions différenciées de la normativité du vivant. Il est à remarquer que la capacité du vivant à établir de nouvelles normes de vie ainsi que la faculté pour la personne de pouvoir les suivre constituent une assurance contre les menaces qui pèsent sur sa santé. En conséquence, il s'avère que la présence même d'une protection contre certains risques de l'existence donne la possibilité de pouvoir les courir. Autrement dit, le fait pour la personne d'éprouver sa santé jusqu'à ses limites, par des comportements négligents ou

¹⁶⁹ Canguilhem Georges, *Le normal et le pathologique*, op.cit., p.153.

¹⁷⁰ *Ibid.*, p.77.

excessifs, est un signe de bonne santé : « [...] l'homme se sent porté par une surabondance de moyens dont il lui est normal d'abuser¹⁷¹ ». Par un curieux paradoxe, éprouver sa santé revient, dans ce cas, à prendre le risque d'autoproduire un corps malade.

Nul doute que l'on puisse considérer la santé comme : « [...] une façon d'aborder l'existence en se sentant non seulement possesseur ou porteur mais aussi au besoin créateur de valeur, instaurateur de normes vitales¹⁷² ». Dans ces conditions, la santé peut être comprise comme la capacité de réaction dynamique de l'organisme confronté à des états de crise. Elle se caractérise, alors, par sa plasticité dans sa confrontation avec les variations du milieu. Elle est, ainsi, appelée à établir de nouvelles normes de vie destinées à être sans cesse défaits. Il est à souligner que l'aptitude à pouvoir s'adapter à des situations nouvelles conditionne la capacité de chaque personne à surmonter la maladie : « [...] la santé c'est le luxe de pouvoir tomber malade et de s'en relever. Toute maladie est au contraire la réduction du pouvoir d'en surmonter d'autres¹⁷³ ». Par conséquent, on voit bien que la santé ne peut pas être assimilée à un état particulier institué en norme de vie régulière.

Lorsqu'elle se déclare, la maladie est, donc, la marque d'une déficience de l'adaptabilité face aux variations du milieu. En ce sens, son irruption traduit l'inadéquation, l'inefficacité, l'insuffisance de la réponse immunitaire face à la virulence des éléments pathogènes. Mais, à mon avis, il n'est pas envisageable de concevoir la maladie comme une santé en mode mineur, diminuée. Elle est plutôt à comprendre comme « une expérience d'innovation positive du vivant¹⁷⁴ ». On peut, donc, dire que la pathologie initie une nouvelle allure de vie réglée sur un jeu de normes différenciées. En conséquence, le normal et le pathologique n'expriment pas une relation contradictoire dans la mesure où ces deux concepts sont l'expression du pouvoir normatif de la vie.

¹⁷¹ *Ibid.*, p.133.

¹⁷² *Ibid.*, p.134.

¹⁷³ Canguilhem Georges, *La connaissance de la vie*, *op.cit.*, p.215.

¹⁷⁴ Canguilhem Georges, *Le normal et le pathologique*, *op.cit.*, p.122.

Il convient d'observer que pouvoir se relever de la maladie suppose que l'organisme de la personne soit sain, c'est-à-dire qu'il ait la faculté de créer de nouvelles normes lorsqu'il est confronté aux transformations de son environnement. Par voie de conséquence, la santé apparaît bien comme la capacité d'un être vivant à ne pas être arrêté dans son expression vitale par les modifications de son milieu, par la maladie, mais plutôt à la faire sienne, à l'assimiler, à la surmonter, à la dépasser par la reconfiguration de ses propres normes de vie. C'est bien la capacité à établir un nouvel équilibre et à le maintenir qui signifie la guérison du malade. On notera que, pour Nietzsche, il n'y a pas lieu de considérer que la santé et la maladie constituent deux états fondamentalement distincts qui s'opposent entre eux. En fait, ces deux concepts n'expriment que des différences de degré¹⁷⁵. Ainsi, la maladie n'est pas en soi une entité autonome, mais elle est, plutôt, à envisager comme le symptôme d'une transition, comme le passage d'un état à un autre, d'une gradation à une autre. Elle traduit la rupture d'une harmonie. Aussi, ce qui est équilibré chez une personne est déséquilibré chez une autre ; ce qui est la santé chez l'une est la maladie chez l'autre. Dans cette conception, la santé et la maladie expriment des intensités relatives propres à chaque personne ; ce qui a pour conséquence de les rendre indéfinissables.

N'oublions pas que les concepts de santé et de maladie n'opèrent pas uniquement dans le domaine de la physiopathologie. En effet, le pouvoir normatif du vivant se déploie également dans le champ de la psychopathologie. Ainsi, pour Donald Woods Winnicott, la santé psychique se caractérise par la plasticité des mécanismes de défense face aux événements déstructurants de l'existence¹⁷⁶. Elle trouve son expression dans la capacité de la personne à pouvoir canaliser son énergie sur des activités porteuses de valeurs et de sens dans lesquelles elle se reconnaît, et qui lui permettent d'être authentiquement elle-même. Mais, à mon sens, l'exploration du domaine de la vie psychique recèle un autre intérêt. Il permet, en effet, de caractériser ce qu'il est convenu d'appeler des états-limites.

¹⁷⁵ Nietzsche Friedrich, *Fragments Posthumes*, Début 1888-début janvier 1889, 14 [65], trad. Jean-Claude Hémery, Paris, Gallimard, 1977, p.50-51.

¹⁷⁶ Winnicott Donald Woods, *Conversations ordinaires*, trad. Brigitte Bost, Paris, Gallimard, 1988, p.340.

Ce qui est à mettre en évidence c'est que l'état-limite qualifie une condition où l'identité individuelle est susceptible de vaciller sur fonds de souffrance relationnelle, d'utilisation de stratégies d'évitement des difficultés rencontrées, de conduites susceptibles de favoriser une mise en danger de soi. Aussi, afin de protéger le Moi de l'angoisse, de la souffrance dépressive, l'inconscient de la personne va mettre en place des mécanismes de défense qui peuvent apparaître sous des formes variées mais qui ont pour finalité de la mettre à distance d'une confrontation avec les éléments qui sont susceptibles de fragiliser sa vie psychique : « [...] l'état limite ne cesse de fuir la désespérance liée au manque à être et à avoir, deux dimensions distinctes qu'il tend à confondre¹⁷⁷ ». Aussi, rapportée aux conditions d'existence dans le monde moderne, on peut, légitimement, se poser la question de savoir si l'état-limite n'est pas symptomatique de l'exposition de la personne aux impératifs d'une société qui voue un culte à la performance, qui privilégie la vitesse et qui ne laisse pas de place à la souffrance, à l'absence, à l'attente, à l'éloignement, au manque, à la perte, au pouvoir de maturation du temps.

Le sens commun considère généralement que, pour une personne, être en bonne santé est l'état représentatif et constitutif d'une normalité d'existence. Or, si la persistance de la santé traduit bien le fait que l'organisme de la personne maintient des échanges équilibrés avec le milieu intérieur ou extérieur, il est à noter que cette situation enviée et recherchée s'avère, en fait, problématique. Il semble bien qu'elle soit au fondement de la conception de l'idée de *la maladie de l'homme normal* :

« Par maladie de l'homme normal, il faut entendre le trouble qui naît à la longue de la permanence de l'état normal, de l'uniformité incorruptible du normal, la maladie qui naît de la privation de maladies, d'une existence quasi incompatible avec la maladie¹⁷⁸ ».

Ainsi, la présence ininterrompue de la santé est perçue comme une anormalité de l'existence. La personne se voit et se pense différente dans un monde où elle côtoie des malades. Si la vie

¹⁷⁷ Estellon Vincent, *Les Etats Limites*, Paris, Presses Universitaires de France, 2010, p.5.

¹⁷⁸ Canguilhem Georges, *Le normal et le pathologique*, op.cit., p.216.

sans maladie est de nature à rassurer la personne sur sa santé, elle peut, néanmoins, induire une interrogation sur sa capacité à réagir, efficacement, lors de l'irruption d'une pathologie puisqu'elle n'en a jamais fait l'expérience. Au fond : « La maladie de l'homme normal c'est l'apparition d'une faille dans sa confiance biologique en lui-même¹⁷⁹ ».

De mon point de vue, il est tout à fait significatif de constater que, pour la modernité, la santé n'est pas uniquement à comprendre par rapport à son antonyme qui est la maladie. Ainsi, dans la conception qu'en a l'Organisation Mondiale de la Santé, elle est envisagée, non pas uniquement comme le fait d'être indemne de toute manifestation pathologique, mais surtout comme un état complet de bien-être dans toutes les dimensions de l'existence humaine¹⁸⁰. Nous devons à Karl Jaspers d'avoir, avec raison, dénoncé l'inanité d'une telle approche : « Il n'existe pas de santé de ce genre¹⁸¹ ». Manifestement, la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé aboutit à la dissolution du sens du concept de santé puisqu'elle est érigée en un idéal susceptible, certes, d'être approché mais, de fait, jamais atteint. Elle ruine, également, à mon sens, l'idée même de maladie qui perd toute signification. En effet, à travers le prisme du bien-être, la moindre sensation désagréable est assimilable à une pathologie. Aussi, nous devons admettre que cette conception singulière de la santé légitime les activités de la médecine moderne lorsqu'elles ont pour visée de permettre aux personnes d'accéder à un bien-être qui, soulignons-le, ne possède pas de limite objective.

A cet égard, il est symptomatique de constater qu'à l'ère moderne le bien-être a à voir avec la conformité à des normes. Ainsi, nul ne contestera que la société accorde une primauté à l'apparence physique. L'existence de la personne se cristallise, alors, dans ce qu'elle montre d'elle-même par son aspect physique : sa plastique corporelle, son aspect cutané. Or, il faut bien voir qu'au travers du regard porté sur l'apparence d'une personne, l'autre procède au décryptage de sa personnalité sans prendre en considération ce qu'elle dit ou ce qu'elle fait. Les catégories du discours et de l'action ne sont pas opérantes pour révéler ce qu'est une

¹⁷⁹ *Ibid.*, p.217.

¹⁸⁰ Cette définition figure sur le site internet de l'Organisation Mondiale de la Santé : www.who.int/fr/

¹⁸¹ Jaspers Karl, *Le médecin à l'âge de la technique*, *op.cit.*, p.100.

personne. Dans cette approche, ce qu'elle donne à voir surgit dans l'immédiateté et porte le signe de son identité. En conséquence, il suffit de paraître pour être vu dans sa globalité physique et psychique. On comprend mieux, dans ces conditions, l'attitude des personnes qui n'ont de cesse que de vouloir se mouler dans le conformisme sociétal. Par conséquent, il n'est pas surprenant de constater que, si l'image que renvoie le miroir reflète la non-conformité, la personne souffre, et se tourne vers l'utilisation des ressources de la médecine technico-scientifique afin de se mettre en conformité avec les normes sociétales, en vigueur. On peut penser que l'efficacité du processus d'intériorisation des normes se mesure au fait qu'il génère une évidence d'être soi. Mais, il faut bien voir qu'elle est entachée d'inauthenticité dans la mesure où elle n'est pas produite par la personne.

Il est à souligner que les processus de médicalisation possèdent une propension à arraisonner les évolutions naturelles de l'organisme et à les intégrer dans la sphère de la normalité. L'un des exemples les plus représentatifs de cette évolution est constitué par le phénomène de l'avancée en âge qu'il convient, pour la modernité, d'appréhender et de combattre au même titre que la maladie :

« Si la vieillesse est un état contre lequel, il faut impérativement lutter, les personnes qui en sont « atteintes » sont non seulement exclues de la société, mais elles deviennent l'enjeu du biopouvoir par le biais d'une médicalisation de plus en plus poussée. Cela est d'autant plus vrai que l'on assiste, au niveau médical, à un effacement de la frontière séparant la maladie du vieillissement au point de faire de la vieillesse une pathologie¹⁸² ».

A l'évidence, l'excès d'identification aux normes ainsi que l'observance de comportements de mise en conformité ne contribuent pas au bien-être des personnes, notamment par le fait que le pouvoir d'expression de leur subjectivité est entravé, et que le sentiment de contrôle de soi est perdu. L'existence de la personne n'est plus, alors, qu'un comportement intériorisé, objet d'aucun questionnement, qui vise l'adéquation constante et permanente à la norme. Dès lors, il faut bien voir que toute déviance observée est

¹⁸² Lafontaine Céline, *La société post-mortelle*, op.cit., p.61.

potentiellement source d'une angoisse existentielle, car elle perçue, par la personne, comme une menace d'exclusion sociétale. On peut, par conséquent, penser que la maladie de la norme perd la personne. Dès lors, l'enjeu apparaît clairement. Il s'agit de se déprendre du pouvoir de la norme, d'affirmer une identité personnelle et de renouer avec le plaisir d'être authentiquement soi. Mais plus encore, lorsqu'il s'agit d'établir un rapport effectif et raisonné avec sa santé, il me semble que l'attitude primordiale consiste à prendre soin de soi.

B) Prendre soin de soi :

Il arrive que les éléments constitutifs de la trame de l'existence soient sous l'emprise de phénomènes qui introduisent de la perturbation, du désordre. Aussi, la personne se doit de conjurer son inquiétude, et d'éviter une perte de contrôle sur des événements propres à la menacer. Il s'agit, en conséquence, pour elle, d'adopter une tournure d'esprit particulière qui consiste à être attentive aux éléments constitutifs de sa santé pour ne pas la perdre ou, le cas échéant, pour la rétablir. Il apparaît bien, en effet, pour le sens commun, qu'il est incontestable que le champ d'action de la personne se restreint lorsqu'elle est confrontée à la pathologie.

Aussi, porter un regard vigilant et réfléchi sur sa santé devient une modalité d'existence qui s'avère indispensable. On peut, donc, poser comme principe que cette attitude participe à la mise en place d'une pratique de santé constitutive de : « [...] l'armature permanente de la vie quotidienne, permettant à chaque instant de savoir que faire et comment faire¹⁸³ ». Il apparaît bien que l'entrée dans ce rapport particulier à soi est un engagement envers soi-même. En effet, il me semble qu'être attentif à soi signifie que la personne ne prend pas la responsabilité de mettre sa propre santé en danger en adoptant des conduites à risques, mêmes si elles sont sources de plaisir. Prendre soin de soi apparaît, donc, comme l'une des conditions nécessaires pour éviter les désagréments liés à la pathologie, pour ne pas entrer dans un processus thérapeutique, et pour pouvoir vivre en pleine possession de ses moyens physiques et psychiques. Bref, l'enjeu est bien, pour la personne, de protéger sa santé, et d'avoir, ainsi,

¹⁸³ Foucault Michel, *Histoire de la sexualité III : le souci de soi*, Paris, Gallimard, 1984, p.138.

l'assurance de pouvoir établir des modalités d'existence satisfaisantes : « Car le bonheur n'est pas, semble-t-il d'être délivré du mal, mais il consiste plutôt à ne pas subir le mal¹⁸⁴ ».

Il est, à mon sens, manifeste que l'attitude qui consiste à porter un regard lucide sur soi revient, pour la personne, à mobiliser son attention vis-à-vis des variations de l'environnement, et à se mettre en position d'écoute réceptive devant les manifestations de son organisme. Être en mesure de préserver sa santé suppose que la personne soit, à la fois, attentive à ce que Sartre appelle le « *coefficient d'adversité des choses*¹⁸⁵ », et réactive face aux injonctions de son corps¹⁸⁶. Ce sont bien, à mon sens, l'analyse réfléchie sur le fonctionnement de l'organisme et la discrimination opérée sur les facteurs néfastes de nature à l'altérer qui participent au maintien de la santé. A cet égard, il faut bien voir que la connaissance des réactions de son propre corps est d'autant plus importante qu'il parle, d'abord, à la personne, et qu'il lui donne des indications sur la nature des phénomènes physiologiques ou psychiques qui le traversent. Prendre soin de soi conduit, alors, à l'élaboration d'une sémiologie propre à la personne. Ainsi, elle apprend, progressivement, à écouter et à déchiffrer les expressions de son corps, à reconnaître les signes, les symptômes de l'anormalité, de la maladie. Mais, la personne est, de mon point de vue, confrontée à trois difficultés. La première tient au fait que l'organisme est susceptible de subir de graves altérations sans aucun signe précurseur, sans aucun signal d'alerte. Ensuite, la connaissance de soi n'est jamais acquise définitivement pour la simple raison que l'organisme est, en permanence, le siège de phénomènes évolutifs. Enfin, pour pouvoir porter un regard lucide sur elle-même, la personne doit être capable d'opérer des ruptures dans l'appréhension qu'elle a d'une existence quotidienne constituée d'habitudes comportementales, de routines plus ou moins délétères, et dans la perception du monde qui l'entourne.

¹⁸⁴ Platon, *Œuvres complètes, Gorgias, 478c*, trad. Monique Canto-Sperber, Paris, Flammarion, 2008, p.453.

¹⁸⁵ Sartre Jean-Paul, *L'Être et le Néant*, Paris, Gallimard, 1943, p.556.

¹⁸⁶ Ainsi, les yeux larmoyants peuvent, certes, être le symptôme d'une fatigue oculaire ; mais, ils sont, surtout, une incitation à ce que la personne s'occupe de ce trouble.

L'absence de la maladie est, comme nous l'avons vu, de nature à conduire la personne à oublier de prendre soin d'elle-même. Or, il convient, en ce qui me concerne, de mettre en évidence le fait qu'elle est bien confrontée à la nécessité de devoir inventer un nouveau rapport à elle-même. En effet, le travail sur soi est inséparable de la prise de conscience de l'existence d'une conduite à risque, d'une addiction, ou d'un mode de vie qui n'est pas en harmonie avec l'être profond de la personne. A ce titre, revivre une situation angoissante est de nature à contribuer à l'émergence, dans l'esprit de la personne, du déni d'une réalité douloureuse enfouie en elle, et qui n'avait pas pu être extériorisée jusqu'à présent. Mais, la seule prise de conscience est insuffisante en soi. Si la personne désire donner un nouvel élan à son existence, elle doit, me semble-t-il, inévitablement, trouver en elle les ressources de nature à briser sa carapace émotionnelle, à surmonter ses croyances, à vaincre les rigidités héritées de son éducation ou qui se sont forgées lors des différentes phases de sa vie.

Il est permis de penser que porter un regard clairvoyant sur soi consiste à veiller à ce que l'épreuve que constitue la maladie ne soit pas une source de dislocation. Pour y parvenir, il faut donc que la personne soit capable de se déprendre de l'idée que la maladie traduit la négativité de son existence, et qu'elle ne se résume pas, dans ce cas, à ce qu'elle ne sait plus ou ne peut plus faire. Aussi, il convient de nous arrêter sur la nature singulière de la pathologie. On peut dire qu'elle produit de l'ambivalence. Elle est, en effet, à la fois un mouvement de fermeture et d'ouverture de possibles. Si, d'un côté, la personne confrontée à la souffrance doit lutter contre une appréhension de nature à paralyser ses efforts, il s'avère, néanmoins, que, d'un autre côté, l'épreuve de la maladie la révèle à elle-même. Assurément, il faut bien reconnaître que l'existence même de la pathologie constitue, également, une opportunité pour s'éprouver, s'endurcir et mieux se connaître. En ce sens, il apparaît que l'épreuve traversée est, par nature, constructive dans la mesure où la personne a à trouver et à adopter la posture adéquate pour supporter et lutter contre la maladie.

Ainsi, elle se doit, par une activité réflexive raisonnée, d'approfondir la connaissance d'elle-même, de mobiliser ses propres ressources pour établir de nouvelles modalités

d'existence. Il est à remarquer que ce travail de soi sur soi est à inscrire, par souci d'efficience, dans la durée. Par conséquent, la personne se doit d'en mesurer et d'en apprécier les effets en s'inspirant, par exemple, de la méthodologie utilisée par Sénèque qui consiste à procéder à une « *reddition de comptes*¹⁸⁷ » journalière. A l'évidence, le regard discursif sur soi me semble contribuer au mouvement d'émancipation de la personne qui consiste à être son propre maître, car l'accès à l'authenticité d'être soi-même permet d'échapper aux asservissements et aux dépendances. De cette façon, elle parvient au pur plaisir contenu dans les seuls éléments essentiels de son existence qu'elle met, de ce fait, hors de la portée des injonctions médicales et/ou sociétales.

Mais, à la vérité, le regard discursif porté sur soi apparaît surtout comme un appel à l'action. Ainsi, il me semble bien établi que la prise de conscience d'une problématique spécifique qui est celle de la préservation ou de la restauration de sa santé est de nature à conduire la personne à rechercher, à élaborer, à expérimenter des réponses jugées comme appropriées. Par conséquent, elle est, à mon sens, immanquablement amenée à opérer des changements de perspectives, des recentrages, des régulations, des modifications comportementales, des conversions quant à ses choix existentiels. Il ne faut pas perdre de vue que l'objectif poursuivi par la personne est, en effet, d'éviter les situations susceptibles de générer des risques potentiels pour sa santé. On peut, en toute logique, penser que la perception d'un danger ne laisse pas, a priori, la personne indifférente. Elle est au contraire, pour elle, une impérieuse incitation à agir contre ce qui la menace. En conséquence, nous pouvons considérer que l'existence de cette capacité réactive est un signe de bonne santé. En réalité, il semble bien que la personne se sente en harmonie avec elle-même lorsqu'à partir d'un acte précurseur qui est celui de la connaissance, elle est capable d'agir pour réduire le *coefficient d'adversité des choses*, de créer des rapports de compatibilité avec les éléments déstabilisants qui surgissent dans son existence. Mais, nous devons bien convenir que rechercher, trouver l'information pertinente et fiable, développer un niveau d'expertise

¹⁸⁷ Sénèque, *De la colère*, Livre III-XXXVI-1, trad. Abel Bourgery, Paris, Les Belles Lettres, 1961, p.102-103.

suffisant, adopter les comportements adéquats sont des actions à portée et à efficacité nécessairement limitée lorsque le *coefficient d'adversité des choses* ne se révèle que partiellement.

Bien évidemment, la qualité de l'information contribue à l'élaboration pertinente d'une stratégie d'évitement, car certains facteurs de risques d'altération de la santé sont maîtrisables. Dans ce cas, la personne opère une régulation, modifie un comportement pour écarter un risque potentiel, et pour anticiper l'éventuelle matérialisation d'un préjudice. Mais, il faut bien convenir que le choix de cette conduite suppose de la part de la personne une prise de conscience de la situation existante, une connaissance des risques encourus, des solutions à apporter pour les minimiser et une capacité à en mesurer les effets. Ainsi, à titre d'exemple, on peut penser que l'autoproduction de denrées constitue une réponse partielle aux incertitudes qui pèsent sur la sécurité alimentaire dans la mesure où la personne connaît certaines des conditions¹⁸⁸ dans lesquelles son alimentation a été produite, transformée, conservée. En effet, plus elle maîtrise les maillons de cette chaîne, plus le degré de sécurité présumé sera important, plus les aliments seront jugés sains. La personne raisonnable est, ainsi, à même d'éviter les comportements inappropriés, et d'exercer une vigilance vis-à-vis des substances dangereuses pour sa santé. Mais, nous devons garder à l'esprit le fait que la personne est toujours potentiellement susceptible d'adopter un comportement à risque comme, par exemple, utiliser un médicament sans discernement. Dans ce cas précis, elle en vient à oublier qu'une molécule chimique, certes à finalité thérapeutique, peut être à l'origine de pathologies dont la gravité est sans commune mesure avec celle qu'elle était sensée combattre.

On oublie souvent que la première ligne de défense contre les agressions de l'environnement extérieur est constituée par l'organisme vivant lui-même. Rappelons que c'est le zoologue russe, Elie Metchnikoff, qui a forgé le concept d'immunité cellulaire en

¹⁸⁸ Mais, elle est, par exemple, incapable de mesurer la teneur en polluants atmosphériques des légumes ou des fruits qu'elle produit.

découvrant que certaines cellules spécialisées étaient protectrices contre des infections microbiennes. Il a établi, ainsi, qu'un organisme vivant est capable de lutter efficacement contre les substances pathogènes susceptibles de l'envahir comme les bactéries, les champignons, les protozoaires et les virus. De fait, le système immunitaire de chaque personne reconnaît ce qui appartient au soi, le tolère et, ensuite, par différenciation, procède à l'élimination des éléments du non-soi. On peut, donc, dire qu'il caractérise la singularité d'une personne qui possède sa propre signature biologique :

« Pour notre système immunitaire, le soi – l'identité de notre corps – est constitué de la somme de tous les assemblages possibles formés par les quelques présentoirs de nos cellules sentinelles et les millions de petits fragments provenant des protéines fabriquées par nos cellules à partir des informations contenues dans la bibliothèque de nos gènes. Cette bibliothèque est constituée de quelques dizaines de milliers de gènes, en deux exemplaires, dont chacun représente l'une des différentes versions qui se sont répandues dans l'ensemble de l'humanité. L'ensemble des millions de fragments de protéines fabriquées par notre corps constitue donc une signature individuelle particulière, privée, que nous ne partageons qu'avec très peu d'êtres humains, voire aucun. L'identité de chacun d'entre nous est unique¹⁸⁹ ».

Il est admis que l'organisme de chaque personne est confronté à des substances qui possèdent un pouvoir de nuisance, et qui sont capables de lui infliger des dommages irréversibles. Mais si la barrière immunitaire naturelle est capable de mettre à distance les micro-organismes potentiellement dangereux, il faut bien se rendre à l'évidence qu'elle peut être franchie. Dans ce cas de figure, l'organisme subit, alors, des lésions dont la sévérité est plus ou moins marquée. A cette vulnérabilité s'ajoute le fait que le fonctionnement même du système immunitaire est susceptible de menacer l'intégrité physiologique de la personne. En effet, l'organisme est le théâtre de violents combats permanents contre une altérité malveillante. Nous devons bien reconnaître qu'un affrontement de cette nature peut amener le système immunitaire à transformer ce qu'il doit protéger en champ de ruines. En

¹⁸⁹ Ameisen Jean-Claude, *La sculpture du vivant*, Paris, Le Seuil, 2003, p.81.

conséquence, il apparaît bien que l'efficacité de cette première ligne de défense est conditionnée par sa capacité à satisfaire une double exigence. Si elle se doit de répondre, sans délai, à toute agression, elle doit réagir de manière proportionnée et maîtrisée. Mais, le système immunitaire doit, également, offrir une assurance d'efficacité lors d'une nouvelle confrontation avec une substance pathogène déjà rencontrée. Il doit, donc, être en mesure de détecter, d'identifier un agent morbifique potentiellement dangereux, de le capturer, de le détruire, de garder en mémoire la trace de cette intrusion, et de la réponse apportée. Cet enchaînement d'actions, lorsqu'il est réussi, est constitutif de l'état d'immunité. Il est vrai que la personne est rarement affectée, à nouveau, par des pathologies comme la coqueluche ou la rougeole. En règle générale, le premier contact avec un agent pathogène suffit à préparer l'organisme à le neutraliser ultérieurement. C'est bien la capacité du système immunitaire à identifier un élément morbifique dangereux, et à réagir efficacement qui permet à l'organisme d'éviter, par lui-même, la maladie.

Mais, il faut bien convenir que le fonctionnement du système immunitaire se singularise, en dépit de son perfectionnement, par sa fragilité :

« Le système immunitaire est en équilibre précaire entre des réponses effectrices aux antigènes de l'environnement et la régulation de diverses réponses, potentiellement suicidaires, contre des molécules du soi¹⁹⁰ ».

En outre, il est à remarquer que, dans certaines circonstances, le système immunitaire ne fait que contenir la virulence de l'agent pathogène sans l'éradiquer totalement et définitivement. Il faut, par conséquent, en déduire qu'il s'accommode de cette mise à distance. Or, l'agent infectieux est toujours présent, en attente de réactivation, à l'affût d'une défaillance du système immunitaire. Il est, donc, toujours potentiellement capable de provoquer une maladie ; ce qui nous conduit à relativiser l'idée même de guérison :

¹⁹⁰ Delves Peter J., Martin Seamus J., Burton Dennis R., Roitt Ivan M., *Fondements de l'immunologie*, Bruxelles, Editions De Boeck Université, 2008, p.452.

« Ce que nous appelons la guérison n'est le plus souvent qu'une demi-victoire, un compromis : notre système immunitaire a réussi à confiner le virus, la bactérie ou le parasite à certains territoires du corps et à l'empêcher de trop s'y reproduire et de s'en échapper¹⁹¹ ».

Par ailleurs, il est incontestable que le système immunitaire dont la fonction est de protéger l'organisme est susceptible de connaître des dysfonctionnements dont l'ampleur est variable. Ainsi, la réaction excessive du système immunitaire, dans le cas du choc anaphylactique, peut conduire à la mort de la personne. La riposte immunitaire peut même être déclenchée contre des éléments spécifiques de l'organisme, et provoquer, ainsi, sa destruction. De manière paradoxale, le vivant peut être amené à reconnaître son système de protection comme un autre agressif et, donc, à détruire ses propres défenses immunitaires. La personne est alors le siège d'un processus inattendu et singulier. Elle est aux prises avec :

« [...] cette étrange logique illogique par laquelle un vivant peut spontanément détruire, de façon autonome, cela même qui, en lui, se destine à le protéger contre l'autre, à l'immuniser contre l'intrusion agressive de l'autre¹⁹² ».

A la vérité, il est manifeste que si la personne possède bien un système de défense contre les agents pathogènes, elle est confrontée au fait que son efficacité n'est pas optimale, et qu'il peut même mettre en danger l'organisme qu'il est censé préserver. Or, nous devons bien admettre que la personne ne possède aucun levier d'action pour modifier les modalités de fonctionnement de son système immunitaire. Par contre, en raison même de la présence dans son organisme d'un système de défense qui lui est propre, la personne est nécessairement investie d'une responsabilité particulière qui est celle de devoir le protéger des risques connus qu'il encourt.

Il convient de noter que la sensibilité à l'idée du risque possède une acuité particulière dans le monde moderne, et que cette question est centrale dans les problématiques de santé. En effet, il est caractéristique de constater que les transformations opérées sur

¹⁹¹ Ameisen Jean-Claude, *La sculpture du vivant*, op.cit., p.217.

¹⁹² Derrida Jacques, *Voyous*, Paris, Editions Galilée, 2003, p.173.

l'environnement et, de manière générale, les activités humaines constituent des sources potentielles de dangerosité. Étayons cette assertion en reprenant l'exemple de la production de denrées alimentaires. Si la communauté humaine utilise des ressources réputées naturelles pour produire des légumes et des fruits destinés à son alimentation, nous devons bien nous rendre à l'évidence que cette activité devient problématique lorsque la personne qui les consomme a une complète méconnaissance des processus de culture et de production. En effet, elle n'est jamais en mesure de connaître les produits phytosanitaires chimiques qui ont été, le cas échéant, utilisés. Si ces produits sont, en théorie, censés avoir fait la preuve de leur innocuité avant d'être commercialisés, des suspicions sur la nocivité de ces substances persistent¹⁹³.

Nous devons, par ailleurs, mettre en exergue le fait que le risque est inhérent à l'un des modes de fonctionnement de l'entreprise moderne qui consiste à livrer des produits non achevés au consommateur :

« [...] les périodes d'essai de nouveau produits ou de nouveaux matériaux sont réduites, et ils sont introduits sur le marché avant d'être finalisés, si bien que le stade final du développement d'un nouveau produit enrôle le consommateur comme « testeur »¹⁹⁴ ».

Nous sommes, donc, amenés à nous rendre à l'évidence que confier au consommateur la mission de valider un produit revient à lui transférer le fait de devoir assumer les risques liés à son inachèvement. Dès lors, une question essentielle se pose. Confronté à de telles évolutions, l'homme moderne est-il en mesure de parvenir, véritablement, à se donner les moyens de réduire les risques qu'encourt sa santé ? Ainsi, comme nous l'avons vu, se nourrir à partir de produits sains ou de moindre nocivité se révèle être, pour l'homme moderne, une opération complexe. Pour illustrer cette assertion, il suffit d'opérer un simple rappel en évoquant la problématique des Organismes Génétiquement Modifiés, la présence de substances chimiques

¹⁹³ Ainsi, les herbicides au glyphosate sont suspectés de perturber le système hormonal, de nécroser le constituant essentiel des chromosomes du noyau cellulaire, l'acide désoxyribonucléique, de dérégler le processus de division cellulaire, d'induire des malformations congénitales.

¹⁹⁴ Rosa Hartmut, *Accélération*, trad. Didier Renault, Paris, La Découverte, 2010, p.318.

contaminantes dans l'alimentation, les risques en matière de sécurité alimentaire pour comprendre, qu'en l'absence d'investigations approfondies de sa part, la personne ne peut pas espérer préserver sa santé. Par conséquent, il devient indispensable qu'elle puisse disposer d'informations fiables sur l'éventuelle toxicité des produits qu'elle s'apprête à consommer. Or, il apparaît à l'examen que cette tâche est d'autant moins aisée à accomplir qu'il existe de multiples discours contradictoires sur les facteurs de nature à constituer une menace pour la santé. En outre, les caractéristiques même du risque à la fois imprévisible, indéterminé, irréel, réel, constituent un obstacle à la juste appréciation de son degré de dangerosité.

Chercher, recueillir des informations, les fiabiliser, les analyser, sont, par voie de conséquence, autant d'opérations qui constituent, alors, le singulier travail de l'homme moderne qui désire tenter d'identifier les risques auxquels sa santé est exposée. On comprend, dans ces conditions, que la personne se doit d'être attentive au fait que l'information abondante, contradictoire, évolutive ne devient pertinente que si elle fait l'objet d'un tri, d'une vérification et d'un examen scrupuleux. A l'évidence, seul un travail d'investigation rigoureux, reposant sur des informations dignes de confiance, est de nature, lorsqu'il est possible, à permettre l'élaboration, par chacun, d'une action préventive appropriée. Par voie de conséquence, éviter un risque consiste, par exemple, à faire preuve de discernement dans le choix de son alimentation ou de prudence face à la prescription de substances médicamenteuses par le corps médical. Autrement dit, on peut, légitimement, à mon sens, établir le fait que les conditions de la vie moderne imposent à la personne qui souhaite préserver sa santé la nécessité d'élaborer, ce qui se révèle être, notons-le, une tâche complexe, son propre principe de précaution.

De par la conduite qu'elle est amenée à adopter, on voit bien que la personne joue un rôle majeur dans le renforcement ou dans l'affaiblissement des capacités de son propre mécanisme de défense, à savoir son système immunitaire. Or, il faut, à nouveau, insister sur le fait que si la personne désire persévérer dans son être, elle doit, inévitablement, se donner les moyens de préserver sa santé : « Voilà ce que les gens solides ont à observer, et il leur faut prendre

garde à ne pas gaspiller quand ils se portent bien, ce qui les protège de la maladie¹⁹⁵ ». A cet égard, il est manifeste, comme nous l'avons exposé, que le progrès de la médecine apporte à chacun des ressources inégalées sur l'élaboration du mode vie le plus approprié pour pouvoir se maintenir en bonne santé. On peut, par conséquent, penser que la personne est armée pour mener une existence raisonnée quant au rapport à sa santé. Or, cette attitude n'est jamais garantie. En effet, si la personne sait, a priori, être la meilleure protectrice de son organisme, elle devient, lorsqu'elle adopte des conduites délétères, sa pire déprédatrice. Ainsi, rappelons que le recours raisonné à la technique de la vaccination a pour effet de mettre l'organisme en contact avec un agent pathogène, et de solliciter la capacité mémorielle du système immunitaire. Par conséquent, la vaccination favorise une réaction plus rapide et plus intense de l'organisme lors d'un nouveau contact avec l'agent pathogène. Par contre, nous devons bien reconnaître qu'il existe des conduites qui vont à l'encontre du renforcement du système de défense immunitaire. Ainsi, par exemple, exposer son organisme à des infections vénériennes répétées le fragilise.

Par ailleurs, nous devons bien convenir que l'utilisation par un sportif de substances qui permettent d'augmenter artificiellement ses niveaux de performance est une pratique que nous pouvons qualifier de délétère dans la mesure où elle affecte des processus physiologiques vitaux :

« [...] c'est un dérèglement du contrôle de la vie et de la mort de leurs cellules que les sportifs provoquent en s'injectant des quantités artificiellement élevées d'EPO¹⁹⁶, augmentant de manière anormale le nombre de globules rouges qui circulent dans leur sang, augmentant l'oxygénation de leurs muscles et favorisant leurs performances. Mais ils s'exposent alors à une série d'accidents qui résultent pour une part du degré d'encombrement de leurs vaisseaux sanguins dû à l'excès de globules rouges et pour une autre part de l'intensité anormale des efforts qu'ils sont devenus capables d'accomplir en consommant une quantité excessive

¹⁹⁵ Celse, *De la médecine*, Livres I-II, I.5, trad. G. Serbat, Paris, Les Belles Lettres, 1995, p.24.

¹⁹⁶ Ce terme est une contraction qui signifie érythropoïétine.

d'oxygène, dépassant les capacités de fonctionnement, de résistance et de régénération de leurs corps¹⁹⁷ ».

Une telle attitude apparaît bien comme un défi à l'entendement. En effet, il est étonnant de constater qu'en l'occurrence le sportif privilégie l'obtention d'un résultat à court terme, par nature hypothétique, en utilisant un artifice destructeur, sur la durée, pour son organisme. En fin de compte, ce qui est à retenir, à mon sens, pour notre propos, c'est que, comme le note fort justement Anne-Marie Moulin, l'existence même du système immunitaire favorise chez chacun d'entre nous la concrétisation de l'idée qui consiste à se soigner par soi-même :

« L'immunologie est un retour au thème, cher à Georges Canguilhem, du "médecin de soi". Le sujet joue un rôle en première personne dans la mobilisation ou l'affaiblissement du système : la nicotine, des infections vénériennes répétées ont pu le déséquilibrer¹⁹⁸ ».

Indéniablement, si la santé est le premier des biens, elle doit, alors, nécessairement être protégée. Chacun connaît, par intuition, par expérience, les comportements de nature à la préserver. Ils sont au fondement de l'élaboration, par chacun d'entre nous, d'un art de vivre tel que l'envisage Celse :

« L'homme en bonne santé, qui est à la fois bien portant et maître de sa conduite, ne doit nullement s'astreindre à des règles ; il n'a besoin ni du médecin, ni du masseur-médecin. Ce qu'il lui faut, c'est de la variété dans sa façon de vivre : être tantôt à la campagne, tantôt en ville, et plus souvent aux champs ; naviguer, chasser, prendre parfois du repos, mais plus fréquemment de l'exercice ; car l'inaction alanguit le corps, l'effort l'affermi, la première hâte la vieillesse, l'autre prolonge la jeunesse¹⁹⁹ ».

De fait, la personne raisonnable assimile et intègre dans son mode de vie les règles appropriées, sans réticence particulière. L'observation de principes de vie réputés favoriser la présence de la santé semble devenir, dans ce cas, aussi naturelle que l'exercice d'une fonction

¹⁹⁷ Ameisen Jean-Claude, *La sculpture du vivant*, *op.cit.*, p.144.

¹⁹⁸ Moulin Anne-Marie, *Le dernier langage de la médecine-Histoire de l'immunologie de Pasteur au Sida*, Paris, Presses Universitaires de France, 1991, p.414.

¹⁹⁹ Celse, *De la médecine*, Livres I-II, I.1, *op.cit.*, p.23.

physiologique. Mais, c'est occulter le fait que certaines personnes doivent faire des efforts constants de sensibilisation vis-à-vis d'elles-mêmes, et adopter une conduite volontariste pour agir conformément à l'intérêt de leur santé. En effet, nous ne devons pas oublier que l'homme moderne demeure confronté au choix qui consiste à éprouver un plaisir immédiat de nature à compromettre sa santé, ou à y renoncer au profit de sa préservation sur le long terme.

Si la personne emprunte cette seconde voie, elle maintient intacte la possibilité de plaisirs à venir. Par contre, compromettre sa santé par des conduites inappropriées contribue à s'interdire des plaisirs potentiels dans le futur. Aussi, il est permis de penser que réguler ses désirs et ses plaisirs est un processus d'auto-éducation qui contribue à établir un régime de vie pertinent au regard de sa santé. En effet, chaque personne, à la condition qu'elle le désire, a la possibilité de construire son propre système de règles qu'elle estime pouvoir lui garantir la préservation de sa santé. Se référer à ces principes devient alors un automatisme ancré dans la conscience de la personne. Mais, il est à noter que ce référentiel de conduite de l'existence est par nature évolutif, car il est susceptible de subir des amendements, des modifications en fonction des progrès réalisés dans la connaissance des processus physiologiques et des mécanismes délétères.

Il est important de souligner que le fait d'être en bonne santé ne constitue pas l'assurance de le rester. En conséquence, il ne dispense pas la personne de porter une attention à elle-même, et d'agir de manière à ne pas faire courir de risques à son propre système de défense. Il est indéniable que le progrès des connaissances en immunologie s'il révèle, sans l'épuiser, la complexité et l'imbrication des éléments du système de défense de l'être humain, n'en constitue pas moins, pour la personne, une aide appréciable. Dès lors, il est possible de considérer que se soucier de soi consiste à utiliser à bon escient les connaissances médicales prouvées pour éviter les conduites délétères pour la santé. Il est vrai que les personnes qui observent les préceptes d'une bonne hygiène de vie peuvent légitimement espérer se maintenir en bonne santé. Ainsi, il est admis que les sujets dits à faibles risques, c'est-à-dire ceux qui ne fument pas, qui ne sont pas en surcharge pondérale, qui pratiquent régulièrement

une activité physique ont une vie plus longue avec des problèmes de santé qui surviennent plus tardivement et durent moins longtemps.

C) S'administrer des soins à soi-même :

Il est manifeste que l'attitude qui consiste à se soigner par soi-même s'incarne dans le choix d'une voie thérapeutique susceptible de restaurer une santé perdue. Il faut, toutefois, mentionner le fait que, même si la prise de position qui consiste à laisser la pathologie se développer est étonnante, elle figure bien, néanmoins, au nombre des options possibles. Mais, il n'en demeure pas moins vrai qu'il est indéniable que, sur le chemin qu'emprunte un malade pour sélectionner le moyen qui lui semble le mieux adapté pour espérer guérir d'une pathologie, il rencontre la médecine technico-scientifique. Néanmoins, nous devons admettre que le malade a toujours la possibilité de faire appel à d'autres ressources en réaction contre une pratique médicale qu'il peut juger inappropriée ou insatisfaisante. Cependant, compenser une défaillance organique ne se résume pas simplement au choix d'une voie thérapeutique, car il faut déjà éprouver les effets de la maladie, réagir à cette mise à l'épreuve, et en faire un ressort pour, notamment, améliorer la connaissance de soi. On peut, d'ailleurs, penser que cette attitude possède une vertu thérapeutique, car, à l'évidence, elle contribue à atténuer le ressenti provoqué par l'action de la pathologie du fait du décentrement qu'elle opère. Dans ces conditions, on voit bien que le malade n'est plus uniquement celui qui n'est qu'assujéti à la maladie, il est, surtout, celui qui se l'approprie et qui l'utilise ; dans la mesure, il faut le souligner, où elle lui en laisse les moyens physiques et psychiques. Cette dimension du soin relève d'une décision purement individuelle, et elle excède le champ de la médecine technico-scientifique.

Manifestement, l'approche thérapeutique de la médecine moderne ne peut pas abolir les menaces potentielles que recèle toute maladie, et annihiler ses effets déstabilisateurs. Ainsi, si la médecine constitue bien une voie thérapeutique, son incomplétude en ce qui concerne l'expérience même de la maladie fonde le fait de se soigner par soi-même. En effet, être atteint d'une pathologie est une épreuve où la personne expérimente le fait de quitter le

monde du connu, des habitudes, des routines, de la sûreté acquise du quotidien, pour entrer dans l'inconnu, l'incertain, le doute, le questionnement. La présence de la maladie confronte, aussi, le malade avec les difficultés, les douleurs, les souffrances, l'incompréhension, la perte de sens, le désintérêt, et même l'absence de l'autre. Si, de fait, la pathologie déstabilise, fragilise, pousse la personne aux confins d'elle-même, elle n'en constitue pas moins le cadre où elle va pouvoir se révéler à elle-même et à l'autre, éprouver ses capacités et sa valeur. Mais, combattre avec efficacité une pathologie suppose que la personne dispose d'un adjuvant psychique constitué par un actif désir de vivre. Par conséquent, le malade doit avoir conscience de sa propre valeur, et de celle qu'il attribue à son existence pour pouvoir dégager une énergie suffisante dans sa tentative visant à surmonter l'épreuve qu'il subit. Il est à souligner, en effet, qu'en dépit de la présence de conditions techniques et sociales qui la favorisent, le malade possède le pouvoir de mettre en échec la démarche thérapeutique. Il apparaît bien que l'obtention de la guérison demeure étroitement conditionnée par l'état psychique du malade, par sa volonté de lutter contre la pathologie et de la circonscrire. Il est clair que le malade doit, en outre, être en mesure d'opérer les changements de comportements, les ajustements dans l'échelle des valeurs que la présence de la pathologie exige.

De fait, l'irruption de la maladie suscite une exigence du malade vis à vis de lui-même. Elle consiste, pour lui, à ne pas se laisser aller, sous peine de se perdre. Par conséquent, le malade, riche de potentialités dont il ne soupçonne pas forcément la présence et l'étendue, doit mobiliser des forces, des ressources pour lutter efficacement contre la pathologie s'il veut pouvoir la vaincre. Par la mobilisation des ressorts les plus profonds de son être, il trouve une modalité de conciliation inattendue entre la maladie et le bien-être. Il me semble que l'accord avec soi-même est la condition initiale nécessaire pour que la personne puisse se soigner par elle-même. En effet, le désaccord, la discordance, la dissonance ne favorisent pas une attitude positive vis-à-vis de la maladie. Or, exister dans la maladie ne consiste pas à s'inscrire dans la condition de malade, et à agir dans un mode déficient en subissant les événements. Cette attitude signifie, à mon sens, plus radicalement dépasser la situation de malade, et affirmer

l'authenticité de soi en utilisant sa créativité pour établir de nouvelles modalités existentielles. En effet, si les situations difficiles, critiques, parfois, remplissent l'existence de la personne, elles constituent, alors, pour moi, autant de déchirures à réparer, autant de failles à franchir, autant de vides à combler, autant de défis à relever. On peut légitimement penser, me semble-t-il, qu'elles sont autant d'incitations, pour la personne, à développer sa puissance d'invention afin d'établir les conditions qui vont lui permettre, même à minima, de satisfaire aux exigences de l'existence ; au risque, dans le cas contraire, de se perdre et de disparaître. De fait, paradoxalement, nous pouvons considérer que cette vitalité qui s'exprime manifeste la santé du malade. On voit bien que si la pathologie s'affirme comme puissance de désagrégation, elle est aussi, en réaction, pouvoir de condensation de la volonté, de l'énergie, du dynamisme, de la capacité créative du malade. Ainsi, il apparaît bien que lutter contre une pathologie et ses effets participe de l'invention de soi par soi. Cette action est de nature, à mon sens, à produire une intensification du sentiment d'existence, et elle permet, sans doute, à la personne de parvenir, paradoxalement, à une forme de bien-être.

Il est certain, d'une part, que la présence de la santé offre une assise particulière aux conditions de vie de la personne dans la mesure où elle lui permet d'être elle-même, et d'agir avec toutes ses capacités physiques et psychiques. Chacun sait, d'autre part, par expérience, qu'une maladie est toujours susceptible d'apparaître et de s'immiscer dans l'existence au point, dans les cas extrêmes, de la compromettre. Mais, si la personne n'est jamais en mesure de contrôler la nature éruptive de la pathologie, sa présence appelle, nécessairement, de sa part une prise de position. En effet, la contrainte qui consiste pour le malade à devoir adopter, sans qu'il l'ait voulu, une allure de vie différenciée et singularisante ne peut pas le laisser indifférent. Aussi, on peut légitimement penser que la personne va chercher à restaurer sa santé altérée afin de retrouver une capacité d'action pleine et entière. Il est vrai que chacun d'entre nous est à même, lorsqu'il en a conservé la faculté et en dehors de la présence d'une situation médicale d'urgence, de pouvoir se soigner par lui-même. En effet, trouver le moyen le plus adapté pour pallier la déficience de sa santé est affaire, avant tout, de connaissance

intuitive. Il est manifeste que chacun possède la prescience qui lui permet d'apporter une réponse appropriée lorsque la restauration de sa santé est une problématique à affronter. L'instinct qui permet à la personne de déterminer ce qu'il convient de faire dans une situation particulière prime, donc, à mon sens, sur le recours à des connaissances extérieures ou sur l'utilisation de préceptes intériorisés et édictés par une autorité médicale.

Nous savons tous que le jeu des probabilités fait que chacun sera nécessairement, à un moment ou à un autre de son existence, confronté à la survenance d'une pathologie au caractère de gravité plus ou moins marqué. Il ne viendrait à l'idée de personne de nier le fait que, si l'irruption de la maladie surprend le bien-portant et brise la linéarité de son existence quotidienne, elle ne constitue pas en soi un événement inattendu puisque, faut-il le rappeler, l'affection pathologique est l'une des caractéristiques du vivant : «Tout vivant est susceptible de devenir malade, et la perte de la santé n'est pas un scandale de la vie²⁰⁰». Néanmoins, la présence de la maladie exige, me semble-t-il, que la personne la prenne en considération. En effet, les manifestations pathologiques sont de nature à assombrir son existence, et, par conséquent, elles peuvent devenir un motif d'inquiétude persistant. Aussi, il n'est pas surprenant de constater qu'en règle générale l'irruption de la maladie a pour effet de ne pas laisser la personne indifférente aux conséquences qu'elle est susceptible d'entraîner et aux transformations qu'elle va opérer dans sa vie. On peut, par conséquent, légitimement penser que l'incertitude quant à son devenir exacerbe, alors, la capacité de réaction de la personne entièrement mobilisée pour affronter et, si possible, vaincre la pathologie :

« L'inquiétude [...] rend l'homme éveillé, actif, plein d'espérance pour aller plus loin. [...] Si l'inquiétude signifie un déplaisir, j'avoue qu'elle accompagne toujours la crainte ; mais la prenant pour cet aiguillon insensible qui nous pousse, on peut l'appliquer encore à l'espérance²⁰¹ ».

²⁰⁰ Schlanger Judith, *Les métaphores de l'organisme*, Paris, Éditions L'Harmattan, 1995, p.177.

²⁰¹ Leibniz Gottfried Wilhelm, *Nouveaux Essais sur l'entendement humain*, Livre II, chapitre XX, § 8-9, Paris, Flammarion, 1990, p.132.

Mais, il n'est pas toujours évident d'admettre que le malade dispose d'une réelle autonomie d'action ; même si son ampleur reste étroitement conditionnée par la nature et l'étendue du traumatisme ou de la pathologie. Néanmoins, l'idée même de se soigner par soi-même renvoie bien à la conception de la personne comme sujet autonome. Cela signifie qu'elle est capable de se donner à elle-même sa propre loi et, par conséquent, de s'instituer comme responsable d'elle-même. On peut légitimement penser, à mon sens, que la prise de décision quant à la conduite à tenir repose sur l'interaction entre le savoir empirique et les impératifs existentiels de la personne. Mais, il n'en demeure pas moins vrai que, face à l'objectif qui est de rétablir sa santé, le malade est toujours confronté à un choix entre, me semble-t-il, trois options essentielles : laisser aller le libre cours des événements, recourir à un tiers savant ou compter sur sa propre expérience pour décider et agir. Il est à noter que ces deux dernières attitudes ne sont pas exclusives l'une de l'autre. En effet, elles peuvent se mixer entre elles.

Il apparaît bien, alors, que le choix de la personne repose sur la mise en œuvre de ce que Charles Taylor appelle la « raison instrumentale », et qu'il définit comme étant : « [...] cette rationalité que nous utilisons lorsque nous évaluons les moyens les plus simples de parvenir à une fin donnée²⁰² ». On peut voir, à mon sens, dans l'utilisation de la *raison instrumentale* le signe de la réactivité de la personne dans sa confrontation avec la maladie. Elle se concrétise, dans un premier temps, par une analyse et une interprétation des symptômes de la pathologie qui l'affecte. Ensuite, l'identification empirique de la maladie opérée par la personne est dotée d'un coefficient de gravité qui détermine la nature des moyens thérapeutiques qui vont être mobilisés et employés. Si, en règle générale, l'intervention du médecin apparaît comme le moyen thérapeutique le plus approprié pour obtenir une guérison, le recours à la raison instrumentale peut conduire, néanmoins, le malade vers l'exploration d'autres voies.

²⁰² Taylor Charles, *Le malaise de la modernité*, trad. Charlotte Melançon, Paris, Les Éditions du Cerf, 2002, p.12.

Ainsi, exception faite de l'existence d'une situation d'urgence médicale reconnue en tant que telle, la sensation d'être malade mobilise un savoir pratique pour déterminer si le ressenti est réellement l'expression d'une pathologie. La conviction d'être malade incite, naturellement, à la caractérisation de la pathologie et à la détermination de son degré de gravité. Il convient de noter que cette aptitude s'enracine dans la connaissance que la personne possède d'elle-même, et dans l'expérience acquise dans des situations passées qu'elle juge similaires. Sur la base de ces éléments d'appréciation, l'une des options possibles est de décider de se soigner par soi-même. Par conséquent, confrontée à une altération de sa santé, la personne procède à un autodiagnostic et à l'auto-prescription d'un traitement qu'elle expérimente avec la conviction qu'il va parvenir à faire disparaître des symptômes présumés temporaires. Dans ce cas de figure, on peut légitimement considérer que la personne estime que son état de santé lui laisse le temps de procéder à des essais thérapeutiques, d'attendre l'effet du traitement et d'en mesurer les conséquences. On peut, donc, dire que la recherche de l'efficacité thérapeutique repose sur l'observation et sur l'expérimentation.

Mais, il faut bien reconnaître que la personne se heurte à une difficulté majeure puisqu'elle n'est jamais en mesure de savoir si elle a fait le bon diagnostic, et si le traitement adopté est adapté et efficace. Mais, il ne semble pas qu'un éventuel échec thérapeutique soit de nature à remettre en question l'attitude qui consiste à se soigner par soi-même. En effet, confrontée à cette situation, la personne est à même d'apporter des modifications qui peuvent être substantielles à sa stratégie. Elle dispose toujours, bien évidemment, de la faculté de consulter et de solliciter l'avis de tiers appartenant à son environnement familial ou social en qui elle a confiance. Les proches peuvent, dans ce cas, devenir les prescripteurs d'un ou de plusieurs nouveaux traitements. Si cette exploration empirique et graduelle des diagnostics et des remèdes jugés appropriés repose sur les conseils prodigués par des proches, elle se fonde, également, sur l'exploitation d'un système référentiel constitué par les avis ou par les conseils de personnes présentant des symptômes identiques, et qui se sont guéris de telle ou telle façon, ou par des membres du personnel soignant, l'infirmière, le médecin, le pharmacien,

confrontés à des cas supposés identiques et qui ont prescrit avec succès tel ou tel traitement. En cas d'échec avéré de ces essais thérapeutiques successifs, de la persistance des symptômes, émerge alors, me semble-t-il, la conscience de la nécessité de faire appel à un tiers savant qualifié.

C'est un fait établi que sans la possession de ce bien premier qu'est la santé, la personne est amoindrie dans sa capacité à agir. Soumise à la restriction de ses possibilités, elle n'est pas en mesure d'accéder à un bien-être complet. En conséquence, le choix qui consiste pour un malade à laisser le champ libre au développement de la pathologie, et à n'entreprendre aucune action à visée thérapeutique semble, à première vue, entaché d'irrationalité. Mais, à l'examen, plusieurs facteurs sont de nature à expliquer une telle attitude. En effet, la personne peut, d'une part, se tromper elle-même ; c'est-à-dire qu'elle entretient sciemment, par l'occultation de données ou d'informations, une fausse idée sur son état de santé. Choisir de ne pas se soigner peut, d'autre part, reposer sur la force prégnante d'une croyance. La personne peut également trouver des avantages à sa situation de malade, et refuser d'entrer dans un processus qui la conduit vers la guérison. Elle peut, en outre, ne pas souhaiter s'inscrire dans un protocole de soins, car elle estime que sa vie ne vaut plus la peine d'être vécue. Il existe, de même, une attitude qui consiste à minimiser son état de santé et à ne pas y déceler de caractère alarmant. Il est également concevable que la peur puisse constituer un élément de répulsion vis-à-vis d'une approche thérapeutique.

Mais, nous pouvons aussi recourir au concept d'acédie, mis en valeur par les travaux de Bernard Forthomme, pour nous aider à comprendre l'attitude qui consiste à laisser aller le cours des événements. Pour cet auteur, l'acédie est un trouble du comportement qui conduit la personne qui en est atteinte à se désintéresser de son environnement, à ne plus prendre soin d'elle-même parce que les situations vécues sont perçues comme ne répondant pas à l'idéal projeté, aux ambitions affirmées, aux performances attendues. En outre, la personne, dans ses activités, ne se réalise pas et, par conséquent, se trouve dans l'incapacité d'y trouver le plaisir escompté. On peut, donc, considérer que les éléments qui ont constitué jusque là le moteur de

son existence, en s'estompant peu à peu, contribuent à l'instauration d'une dépréciation de la personne par elle-même, et génèrent un état de souffrance chronique. Par voie de conséquence, cette crise existentielle induit une perte de sens. On est, ainsi, amené à comprendre que, dans ces conditions, la personne vit, de fait, un mal-être déstructurant qu'accompagne un sentiment de déprise sur le monde :

« [...] l'acédie n'est jamais une simple dépression dans la mesure où elle est, dans sa conception native du moins, toujours liée à un modèle élevé, à une ambition spirituelle (ou professionnelle) soutenue. Ambition de devenir soi-même, d'être seul en charge de soi, de n'accepter que cette contrainte intérieure, mais d'une force plus grande que les pressions biologiques, psychologiques ou sociales, voire historiques !²⁰³ ».

A l'examen, il apparaît bien que le concept d'acédie est l'illustration d'une capacité d'action entravée. En effet, sous sa forme atonique, l'acédie exprime un manque d'entrain, un ralentissement de l'activité de la personne. Son dynamisme perd de son intensité au point de l'empêcher de prendre une décision et d'entreprendre une action. C'est pourquoi la personne en proie à l'acédie perçoit son existence comme vide de sens. Elle est, de ce fait, dans l'incapacité de porter un regard positif sur elle-même. Elle a perdu la confiance dans ce qui constituait, jusqu'à présent, son monde, à savoir ses aspirations, ses croyances, ses valeurs. En outre, l'incapacité à se projeter dans un futur alimente un sentiment de déprise sur les événements et favorise, à mon sens, le laisser-aller. On voit bien que la présence d'un mal-être déstructurant chez la personne paralyse sans conteste la moindre de ses vellétés d'action. Ce qui est à retenir pour notre propos c'est que l'acédie est une puissante force d'inertie qui constitue un handicap dans une société où règne un activisme généralisé. Par voie de conséquence, il me semble qu'une réelle espérance de sortie de l'acédie passe, nécessairement, par une reconstruction de l'édifice mental de la personne. En outre, il faut souligner que la capacité à impulser une action efficace, et à la mettre en œuvre implique que

²⁰³ Cette citation est extraite de la lettre adressée par Bernard Forthomme au Docteur G. Charbonneau, le 6 mai 2001. Ce document est consultable sur le site internet : <http://www.bernard-forthomme.com>.

la personne possède suffisamment de ressources pour ne pas se mettre, par faiblesse, sous l'emprise d'experts en pseudo-sciences.

Mais, nous ne devons pas occulter le fait que l'action empêchée trouve, également, sa source dans l'expérience même de la pathologie. En effet, celle-ci est de nature à provoquer chez le malade un sentiment d'anéantissement qui inhibe l'action. Dans ce cas, il n'arrive pas à mettre suffisamment à distance sa pathologie pour éviter qu'elle ne l'envahisse complètement. De ce fait, il se trouve, donc, dans l'incapacité d'adopter une attitude plus objective, plus raisonnée vis-à-vis de sa maladie. Il est à noter que le sentiment d'incapacité à agir, lorsqu'il est porté à son paroxysme, peut devenir insupportable. Ainsi, s'explique, à mon sens, le fait que le malade, pour se soustraire à cette situation, en arrive à une extrémité ultime qui consiste à mettre un terme à son existence. Par un curieux paradoxe, une impuissance à agir conduit à un geste dont l'effet est radical. Mais, l'attitude qui consiste à laisser aller le cours des événements possède, aussi, un fondement singulier qui tient, conjointement, au degré de gravité de la maladie et à l'action réparatrice de la nature : « [...] il ne faut pas irriter les maladies qui ne constituent pas de graves dangers, en prenant des remèdes²⁰⁴ ».

Il convient, donc, dans ce cas de figure, de laisser opérer la nature et, par voie de conséquence, la maladie régressera et disparaîtra d'elle-même. En laissant les événements se dérouler selon leur libre cours, on peut considérer que la personne fonde des espoirs sur la capacité du temps à estomper, à faire disparaître la situation pathologique plus ou moins grave à laquelle elle est confrontée. Cette prise de position repose, donc, sur la conviction que son état de santé ne peut que s'améliorer. Dans le même ordre d'idées, la personne est en droit de penser qu'un conflit relationnel qu'elle n'est pas en mesure de régler, se résoudra par lui-même, grâce au pouvoir de maturation du temps, sans qu'elle ait besoin d'intervenir. Il convient d'observer qu'une telle attitude peut laisser croire que la personne se trouve dans l'incapacité de prendre sa destinée en main. En effet, elle semble transférer son pouvoir d'agir et les conséquences qui en découlent, un échec, par exemple, sur une abstraction : le temps.

²⁰⁴ Platon, *Œuvres Complètes, Timée, 89b*, trad. Luc Brisson, Paris, Flammarion, 2008, p.2047.

Des affections comme la douleur et la souffrance deviennent, dans cette conception, des objets dont la dissolution sera opérée par l'action du temps.

Par ailleurs, il convient d'observer que ne rien faire alors qu'elle se sait atteinte par une pathologie est une attitude adoptée consciemment par la personne lorsqu'elle a un intérêt particulier à être malade, et qu'elle espère en retirer un bénéfice. La personne privilégie, alors, un objectif qui apparaît à nos yeux comme secondaire par rapport à la nécessité vitale qui consiste à se soigner :

« Le contraire de la maîtrise de soi est l'abandon inaperçu à la maladie, qui apparaît quelquefois, véritablement comme volonté d'être malade, fréquemment pour atteindre un but²⁰⁵ ».

Dans ce cas, il est manifeste que la maladie n'est plus qu'un motif invoqué pour se dérober, par exemple, à des obligations familiales, professionnelles, sociales ou pour provoquer la sollicitude de l'autre. Par voie de conséquence, on peut dire qu'être malade devient une nécessité dans la mesure où cet état constitue un prétexte aux conduites d'évitement, à la présence de l'autre ou à l'obtention de certains privilèges. C'est ce qui explique que, dans ces conditions, la pathologie est une affection à entretenir puisqu'elle soutient l'existence du malade. Une évidence s'impose alors. Se soigner par soi-même ou avec l'aide d'un tiers savant est une action dépourvue de signification.

Il est indéniable que la personne qui se sent, qui se sait malade possède une liberté de décision quant aux attitudes à adopter. Mais, il faut bien voir que la voie qu'elle va choisir d'emprunter est porteuse de sens. En effet, en se soignant, on peut légitimement considérer que la personne affirme la valeur de la vie, car, par cette attitude, elle montre qu'elle attache du prix à son existence. En outre, on peut penser que la préférence qui est affichée recèle les éléments que la personne considère comme étant de nature à lui permettre de vivre en

²⁰⁵ Jaspers Karl, *Psychopathologie générale*, trad. A. Kastler et J. Mendousse, Paris, Librairie Félix Alcan, 1928, p.358.

conformité avec ses convictions, ses croyances et ses valeurs. Elle a, ainsi, me semble-t-il, le sentiment de maîtriser sa vie :

« Je puis bien dire que je ne commençai de vivre que quand je me regardai comme un homme mort. Donnant leur véritable prix aux choses que j'allais quitter, je commençai de m'occuper de soins plus nobles, comme par anticipation sur ceux que j'aurais bientôt à remplir et que j'avais fort négligés jusqu'alors²⁰⁶».

D'une manière surprenante, il y a, donc, un certain bienfait à se considérer comme un homme arrivé à la dernière extrémité de sa vie. En effet, il est évident, dans ce cas, que tout ce qui constitue la trame de l'existence quotidienne rapporté à la perspective d'une mort imminente ressort par son côté futile, inauthentique, inessentiel. La personne est, alors, amenée à porter un regard transformé sur elle-même et sur le monde. Ainsi, il apparaît bien que cette mise en perspective de l'existence avec l'actualisation de la mort en pensée est de nature à inciter la personne à procéder à un recentrage sur ce qui en constitue la véritable valeur. On peut, donc, dire, tout naturellement, que le rappel de la finitude de l'existence est une incitation pour la personne à s'éprouver, à chercher à être en accord avec elle-même, à vivre intensivement.

Mais, pour pouvoir être en mesure de vivre *une vie véritablement vivante*, la personne doit être capable d'opérer une conversion, un changement de statut :

« [...] se jauger en chaque instant par rapport à sa mort, se mettre en permanence in statu moriendi, c'est se donner la possibilité, par-delà les masques, les faux-semblants et la coutume (qui ne nous dissimulent pas moins à nous-mêmes qu'ils ne nous voilent pour les autres), de nous « toucher et éprouver », c'est-à-dire de faire l'épreuve de nous-mêmes, de nous sentir, d'être présents à nous-mêmes, de ne pas vivre une vie dissociée et coupée d'elle-même, de vivre une vie véritablement présente et sensible à elle-même, c'est-à-dire une vie véritablement vivante. Les choses doivent être formulées en toute rigueur : la possibilité de

²⁰⁶ Rousseau Jean-Jacques, *Les Confessions*, I. Livre VI, *op.cit.*, p.274-275.

vivre effectivement sa vie, de ne pas passer à côté, de la sentir et de l'éprouver présente, c'est bien d'être à soi comme si l'on était mort²⁰⁷ ».

Nous ne devons pas oublier que la personne agit dans un cadre culturel donné, sous l'influence du monde qui l'environne, et qu'elle interagit avec sa communauté d'appartenance. Par conséquent, l'exercice d'une véritable liberté de choix n'est concevable qu'à la condition que la personne puisse se déprendre du modelage sociétal qui édicte les conduites à tenir dans telle ou telle circonstance de l'existence. Ainsi, lorsque la personne prend le parti qui consiste à exclure le recours à un tiers de confiance, et à se soigner par elle-même, elle renonce à adopter une attitude convenue. Elle cherche par elle-même, en elle-même, poussée par ce que Derrida nomme *la pulsion de l'indemne*²⁰⁸, les ressources nécessaires à la restauration de sa santé et à l'instauration d'un bien-être. De fait, on voit bien que lutter efficacement contre une pathologie est une prérogative qui appartient, nécessairement, en propre à la personne. En effet, c'est bien elle qui doit adopter ce qui constitue à ses yeux la conduite opportune au moment qui lui apparaît comme étant le plus favorable : « [...] cette coïncidence de l'action humaine et du temps, qui fait que le temps est propice et l'action bonne : c'est le *καίρος*, l'occasion favorable, le temps opportun²⁰⁹ ».

Il semble bien que la décision de se soigner par soi-même résulte d'une analyse initiale des éléments à la disposition de la personne. En effet, cette prise de position est jugée comme étant la meilleure possible au regard de la capacité que la personne estime être la sienne de pouvoir venir à bout de la pathologie qui l'affecte. On peut considérer que cette assurance s'enracine dans l'effet attendu de la répétition d'une action couronnée de succès dans une situation antérieure, et qui est jugée similaire à celle qui existe dans l'instant présent. C'est pourquoi nous pouvons poser comme principe que la réussite valide l'action ; ce qui, par voie de conséquence, autorise sa reproduction. La personne conserve, en effet, la trace mémorielle des souffrances éprouvées, des difficultés rencontrées, des troubles ressentis et des différentes

²⁰⁷ Marin Claire, *L'épreuve de soi*, Paris, Armand Colin, 2003, p.130.

²⁰⁸ Derrida Jacques, *Foi et Savoir*, Paris, Le Seuil, 2000, p.42.

²⁰⁹ Aubenque Pierre, *La prudence chez Aristote*, Paris, Presses Universitaires de France, 2002, p.97.

modalités d'action qui lui ont permis de les surmonter. On comprend, dans ces conditions, que ce passé préservé puisse être, ainsi, invoqué à la faveur de la confrontation avec une nouvelle maladie. A l'évidence, cette combinatoire d'épreuves rencontrées et d'actions destinées à les maîtriser constitue un socle opératoire d'habitudes. Se développe, alors, à mon sens, un savoir empirique qui permet à la personne d'agir de manière organisée.

Mais, il s'avère insuffisant en soi. Il est, en effet, nécessaire que la personne éprouve de la confiance envers ses propres capacités à obtenir une guérison. Être persuadé d'atteindre un résultat qu'aucun élément ne garantit par avance signifie, en ce qui me concerne, que la personne possède en elle une assurance préalable qui conditionne la capacité à affronter l'inconnu, l'indéterminé. Pour nous permettre de comprendre ce processus, nous pouvons établir une analogie avec la situation de la personne qui est confrontée au franchissement d'un obstacle physique. Se pose, en effet, la question de savoir comment la personne peut être certaine qu'elle va réussir. Il semble bien qu'elle se livre, tout d'abord, à une appréciation de la nature, de la disposition de l'obstacle et de ses caractéristiques. Les résultats de cette évaluation sont, ensuite, pesés à l'aune de ce que la personne sent être l'état de ses capacités physiques. Son appréhension initiale dissipée, elle a, désormais, la certitude que le franchissement de l'obstacle est possible.

Affronter l'incertain ou l'aléatoire présuppose, par conséquent, un degré minimal de confiance en soi. C'est bien la réussite de l'action entreprise qui vient légitimer l'assurance que la personne avait en sa propre capacité à surmonter l'épreuve. Par ailleurs, on peut penser que l'action est sous-tendue par le sens que la personne lui attribue. Or, il arrive qu'il y ait une perte de sens. Ainsi, les relations que la personne a tissées avec son environnement peuvent disparaître. Plus rien ne l'affecte, elle ne croit plus en rien, elle perd le sens des réalités, la confiance en ses capacités ; songeons aux situations de désespoir ou de mélancolie. Dans ce cas, le pouvoir d'agir est obéré plus ou moins profondément. Dès lors, la difficulté consiste, pour la personne, à surmonter la perte de sens pour pouvoir rétablir des liens avec elle-même et avec le monde. Par ailleurs, il semble bien que la finalité de l'action individuelle, se soigner

par soi-même, est à rattacher aux circonstances qui la déterminent. Surtout, il incombe à la personne d'apprécier le rapport entre son intention initiale et les avantages, ainsi que les inconvénients qui découlent de l'action qu'elle envisage d'entreprendre.

A cet égard, il convient de remarquer que la personne qui se soigne par elle-même est confrontée, comme le médecin, au problème de l'adaptation des moyens aux fins qu'elle poursuit. Certes, son action peut conduire à la matérialisation de certains risques. Néanmoins, la qualification et la quantification du risque généré par l'action se mesure à l'aune du danger suscité par l'inaction, en l'occurrence, l'absence de soin. En tout état de cause, l'action qui consiste à se soigner par soi-même pose la question de savoir si une personne seule est en mesure d'opérer avec la même efficacité dans des domaines aussi vastes et variés que ceux des petites pathologies fonctionnelles, des maladies graves, des traumatismes profonds, des situations psychiques déstabilisantes. A l'évidence, lutter contre une pathologie grave avec une chance de guérison n'est pas à la portée du seul malade qui en est atteint. Mais, si ce constat n'implique pas la négation du droit à agir du malade, il en souligne, néanmoins, le caractère limité et aléatoire. Par ailleurs, il ne faut pas négliger le fait que le malade est toujours susceptible de commettre une erreur ; ce qui peut avoir comme conséquence de produire un effet délétère sur sa santé.

A l'évidence, pour le sens commun, se soigner par soi-même s'incarne dans une pratique courante qui est celle de l'automédication. Elle consiste pour une personne confrontée à une maladie qu'elle estime ne pas être d'une gravité avérée à utiliser un médicament, en dehors d'une prescription médicale, afin de se soigner. Il semble bien que le recours à l'automédication s'explique par le besoin qu'éprouve la personne de soulager une douleur plus rapidement, et par le fait que les symptômes rencontrés sont considérés comme bénins ou familiers. Il est à noter que si l'automédication résulte d'un libre choix et qu'elle peut être mise en œuvre hors de tout contrôle d'une autorité médicale, il n'en demeure pas moins vrai que la personne possède toujours la faculté de s'entourer de conseils plus ou moins avertis émanant de tiers plus ou moins savants. Il apparaît, donc, que, dans cette démarche,

l'identification de la pathologie est réalisée par le malade lui-même. Ainsi, l'autodiagnostic repose sur une expérience antérieure de la personne, sur l'échange avec des tiers plus ou moins qualifiés, sur l'utilisation des outils de communication moderne. Soulignons qu'Internet à travers la circulation des informations, les échanges sur les pratiques à partir des forums de discussion, facilite la recherche de données sur une pathologie particulière et sur les moyens de la combattre.

Par voie de conséquence, la personne est en mesure d'identifier sa maladie en cherchant des pathologies qui présentent les mêmes symptômes, et de déterminer l'approche thérapeutique qui semble la plus efficace. Mais, nous devons reconnaître que le manque d'expertise en ce qui concerne la nature véritable du ressenti du malade, et le défaut d'esprit critique constituent les limites de l'autodiagnostic. Tout naturellement, la personne établit, ensuite, une auto-prescription en choisissant une substance médicamenteuse, et en déterminant, seule, la posologie et la durée du traitement. Toutefois, il faut insister sur le fait qu'une pratique non maîtrisée de l'automédication comporte nombre de risques au rang desquels nous pouvons répertorier : le retard qui est apporté à un véritable diagnostic, la banalisation du médicament qui devient un produit de consommation courante dont la dangerosité n'est plus perçue, la mauvaise utilisation de la substance médicamenteuse, la surconsommation de médicaments qui devient une source d'accidents, les effets délétères d'une interaction médicamenteuse non contrôlée et la toxicité pour l'organisme.

Il convient, à mon sens, de mettre en évidence le fait qu'à l'ère moderne se soigner par soi-même, dans sa dimension prendre soin de soi, consiste, également, à développer un savoir-faire particulier dont la finalité est de permettre à la personne de résister aux facteurs de désagrégation à l'œuvre dans les activités humaines. Pour développer ce point de vue, nous allons nous appuyer sur la problématique des conditions de travail. Indéniablement, l'homme moderne demeure celui qui est en proie à des difficultés liées à l'exercice de son activité professionnelle. Aussi, pour les surmonter, il peut choisir la réponse qui consiste à médicaliser ses troubles ou privilégier la recherche, par lui-même, d'une voie originale pour les atténuer

ou les faire disparaître. On sait que nombre de salariés sont confrontés à des tâches envahissantes pour l'esprit et qui se succèdent à un rythme rapide. Ces activités qui se déroulent dans l'urgence ne laissent, en règle générale, à la personne aucun temps de retour sur elle-même ; ce qui lui enlève toute perspective de pouvoir exercer un jugement réflexif sur ce qu'elle entreprend, et sur ce qu'elle vit. On dit, alors, que la personne se consume au travail ; ce qui signifie qu'elle est en proie à un syndrome d'épuisement professionnel qui se caractérise par une fatigue physique et psychique intense provoquée par des sentiments d'impuissance et de désespoir. L'effondrement de la personne s'accompagne, dans ce cas, de phénomènes comme l'auto-dénigrement, l'auto-dévaluation de soi. Il est à noter que l'épuisement d'un salarié s'inscrit dans un cadre social général de désorganisation, de dysfonctionnements du monde du travail moderne. Il me semble que cette déstructuration nécessite, pour en combattre les effets, une double approche : celle des tiers qui forment la communauté de travail et, surtout, celle de la personne qui fait l'expérience de la désagrégation.

Mais, seule, l'approche individuelle nous intéresse ici, bien que la personne épuisée soit elle-même, à l'évidence, impliquée dans les problèmes organisationnels. La personne fait donc, comme nous l'avons indiqué, une expérience psychique négative liée à l'existence d'un stress émotionnel répétitif dans l'exercice de sa profession. Or, et c'est, à mon sens, ce qu'une médicalisation du problème occulte, la personne a bien à sa disposition des moyens qui lui sont propres pour affronter et surmonter une situation de travail déstabilisante, productrice de mal-être. En effet, on ne met pas suffisamment en évidence, à mon avis, le fait qu'à partir d'une auto-observation de soi, elle peut opérer le repérage des signes comportementaux, physiques, psychiques inhabituels qui constituent autant d'alertes pour elle. A partir de leur analyse, elle a la faculté d'élaborer les réponses qui lui paraissent les plus pertinentes²¹⁰. Mais, surtout, la personne a la possibilité d'opter pour un comportement préventif qui vise, en

²¹⁰ L'éventail des possibilités est large. Elles vont des activités qui permettent la détente, la réalisation de soi, le ressourcement de soi, en passant par les modifications de comportements susceptibles d'avoir un effet bénéfique sur la santé, le repos, le développement des relations sociales.

amont de la survenue des difficultés, à utiliser des techniques de développement personnel dont le but est d'améliorer la connaissance de soi, et l'efficacité réactionnelle face à des situations difficiles.

A cet égard, il est important de souligner que la personne doit avoir conscience que son organisme possède ses propres besoins, et qu'il s'exprime selon ses propres rythmes. Par conséquent, il est essentiel, pour elle, d'apprendre à connaître les expressions de son corps, son langage, à déchiffrer les messages qu'il lui adresse, à prendre conscience de ses limites, à définir ce qui est supportable et ce qui ne l'est pas. La personne doit, par voie de conséquence, trouver et adopter la juste mesure dans le fonctionnement de son organisme pour le maintenir en bon état. Il est à souligner qu'une démarche introspective et réflexive à partir des expériences vécues est de nature à favoriser l'émergence de solutions pour résoudre les difficultés existentielles au travail. La personne peut, ainsi, se pencher sur un trouble d'adaptation, s'interroger sur sa propre histoire, sur ses motivations, analyser ses propres stratégies de défense, repérer les zones de souffrance. Ce qui est à retenir, à mon sens, c'est que l'épuisement psychique est, certes, un vécu, mais c'est aussi une expérience individuelle de structuration de soi par la conversion des symptômes d'épuisement en une réelle capacité créative.

On pourrait penser que, de fait, se soigner par soi-même conduit à exclure la présence de l'autre. Or, l'analyse montre, au contraire, que l'attitude voulue et assumée en tant que telle qui consiste à se soigner par soi-même ne signifie pas le repliement sur soi, l'enfermement dans un pur subjectivisme. Dans certaines circonstances, il apparaît bien que l'autonomie de choix et d'action de la personne implique, de fait, la présence de l'autre. Plusieurs facteurs entrent en ligne de compte pour l'expliquer. Tout d'abord, il semble bien qu'une intervention de nature médicale effectuée sur son propre corps possède sa propre limite. C'est ce que montre la relation faite par Philippe Hubinois de sa propre expérience :

« Pourtant, il y a un monde entre l'endurcissement apparent du médecin [...] et le ressenti, parfois, d'un geste chirurgical, si banal soit-il, réalisé par le praticien lui-même sur son propre corps. Et l'on se remémore à cette occasion la tentative de faire l'exérèse sur soi, en position debout, d'une lésion cutanée, qu'il fallait enlever largement. L'impression de tailler dans les tissus insensibles [...], mais surtout les filets de sang qui ruisselaient, eurent ce jour-là raison, avant la fin de l'intervention, du volontarisme du chirurgien, obligé de laisser son aide poursuivre²¹¹ ».

Ainsi, intervenir sur sa propre chair se révèle hors de portée, même pour un praticien expérimenté. La technicité du geste n'en est pas la cause. L'action du chirurgien a été interrompue par le ruissellement de son propre sang : la charge symbolique de ce fluide naturel a eu raison de la maîtrise technique du geste.

La nécessité de la présence active de l'autre me semble être, également, inhérente tant à la vulnérabilité de l'être humain qu'au pouvoir de dislocation de la maladie ; éléments sur lesquels, il convient de le rappeler, la pratique médicale n'est pas opérante :

« L'être humain a essentiellement besoin d'aide car il est toujours en danger de se perdre, de s'oublier, de ne pas venir à bout de lui-même. Ce danger est en rapport avec la liberté des êtres humains. Toute la question du pouvoir-être-malade est en rapport avec l'incomplétude de son essence. Toute maladie est une perte de liberté, une restriction à la possibilité de vivre²¹² ».

En effet, si une faille personnelle se cicatrise plus facilement avec le soutien de l'autre, elle peut s'approfondir en l'absence de tout lien, de toute solidarité. En conséquence, la personne qui se soigne par elle-même a besoin de la présence bienveillante, de l'aide, de la compassion, de la compréhension, de la sollicitude d'autrui. Ainsi, le tiers bien-portant peut avoir une action bénéfique qui permet au malade de catalyser en lui les ressorts de sa propre vitalité. L'altruisme, la compassion permettent, me semble-t-il, un décentrement de soi, ce qui, à mon sens, est de nature à éviter au malade le risque de l'enfermement pathogène. Mais, il est à

²¹¹ Hubinois Philippe, *Petite philosophie de la chirurgie*, op.cit., p.50.

²¹² Heidegger Martin, *Séminaires de Zurich*, op.cit., p.226.

souligner que l'état d'incomplétude vécu par un malade comporte sa propre limite. En effet, on peut légitimement penser que deux personnes qui souffriraient semblablement seraient beaucoup trop intéressées par leur propre sort pour être d'une grande utilité l'une pour l'autre.

Il est, généralement, admis que le diagnostic de guérison²¹³ par le médecin signifie l'arrêt de son intervention, et signe, pour celui qui a été malade, le retour à une normalité d'existence. Mais, encore faut-il que le malade accepte de se considérer comme guéri. Or, il apparaît bien à l'examen que cette attitude ne va pas de soi. En effet, nous sommes amenés à constater qu'il existe des personnes incapables de se considérer comme guéries ou qui pérennisent leur situation de malade. Aussi, il convient de s'interroger sur ce que signifie ce moment singulier qui suit la guérison. En effet, il est manifeste que le retour à la condition de bien-portant nécessite de la part de celui qui a été malade un travail particulier. Ce qui est en question, à mon sens, c'est d'apprendre à vivre avec les traces, les blessures, les séquelles laissées par la maladie, et de se projeter dans un avenir qui reste à construire. A cet égard, nous pouvons considérer que le moment qui suit la guérison constitue bien une expérience à part entière qui mobilise toutes les capacités de la personne pour affronter cette phase singulière de l'existence, susceptible d'altérer significativement sa quête du bien-être. Il faut bien être conscient du fait que la guérison ne consacre pas un retour à la situation antérieure. En effet, elle ne peut pas être considérée comme une opération restitutive. Du point de vue médical, la maladie est, certes, vaincue. Mais, il faut bien se rendre à l'évidence que, pour la personne, la conséquence de la guérison annoncée par le corps médical ne se traduit pas par le retour à un bien-être immédiat. En effet, la pathologie et les soins afférents ont pu entraîner des modifications parfois irréversibles de l'organisme. Ainsi, on sait, par exemple, que la

²¹³ Il est à souligner que dans certaines maladies le corps médical n'est pas en mesure d'établir la guérison. Le patient peut n'être qu'en rémission temporaire. Mais, il doit néanmoins se reconstruire, au moins pour un temps, dans un climat d'incertitude, dans la mesure où il existe une probabilité non négligeable de récurrence de sa maladie.

chimiothérapie est un traitement qui a des conséquences physiologiques non maîtrisables²¹⁴ et qui, par conséquent, contribue à l'altération de la qualité de vie.

Il est manifeste que la personne ne dispose d'aucun pouvoir pour se soustraire aux changements provoqués dans le fonctionnement de son organisme. Par contre, on peut considérer, me semble-t-il, que le fait d'avoir utilisé la maladie comme un support dynamique pour réagir et agir lui permet de mieux s'inscrire dans le temps qui suit la guérison, et de pouvoir y ouvrir de nouvelles perspectives. Dans ce cas, en effet, ce moment est abordé avec, certes, cette part d'épreuve douloureuse vécue dans la maladie mais, surtout, avec cette part d'expérience où la personne a su mobiliser, déployer des ressources pour ne pas la subir, et en faire un instrument d'émancipation de sa condition de malade. Ainsi, ce qui est à retenir c'est que, dans le temps qui suit la guérison, le champ des possibles n'a pas à se rouvrir puisqu'il n'a jamais été complètement fermé. Mais, néanmoins, ce moment est particulier puisqu'il est de nature à faire coexister de multiples sources potentielles de mal-être, susceptibles d'altérer profondément la vie de la personne. Son organisme réagit différemment. Les sensations éprouvées sont nouvelles et l'image corporelle a pu subir des modifications. Par ailleurs, la personne a pu prendre conscience de sa propre vulnérabilité. De fait, il est légitime de penser que l'expérience de la maladie demeure présente, au moins pour un certain temps, dans le nouveau rapport à soi qu'elle tente d'instituer. Le moment qui suit la guérison nécessite, donc, à mon sens, un travail de questionnement que la personne doit entreprendre sur sa propre histoire ; d'autant que la maladie a pu servir de révélateur et d'amplificateur à des difficultés antérieures inavouées ou occultées.

C'est aussi le temps de l'examen des rapports avec autrui. Nous pouvons, en effet, dire que la qualité de la relation à l'autre s'éprouve dans la maladie. Tout naturellement, le malade exprime des attentes, des inquiétudes, des interrogations, des incompréhensions qui appellent

²¹⁴ A titre d'exemple, l'aménorrhée induite par la chimiothérapie peut conduire à une ménopause précoce et irréversible.

une capacité d'écoute et de réponse amplifiée de la part de l'autre. C'est bien la qualité du lien qui est établi avec l'autre qui permet au malade d'espérer réduire son angoisse et sa solitude face à une expérience de vie qui, par nature, ne peut pas se partager. En effet, l'autre ne peut que tenter de comprendre et compatir. Il n'est, alors, pas douteux que le moment qui suit la guérison devient le temps où la personne est à même d'apprécier la capacité d'écoute de l'autre, et les réponses qu'il a apportées à ses demandes pendant sa maladie. La conséquence de cet examen est que les liens affectifs avec les autres vont se renforcer ou, au contraire, vont se dénouer en fonction de ce qui a été intériorisé pendant la maladie. Par ailleurs, il semble bien, à mon sens, que la réintégration dans la communauté des *épargnés par la maladie* constitue une nouvelle épreuve. En effet, on peut considérer que la personne revient de la maladie comme après une longue absence. En conséquence, elle doit se réinsérer dans le monde des bien-portants. On voit bien que, dans le temps qui suit la guérison, la personne est confrontée à un problème particulier à résoudre qui est celui d'établir une normalité d'existence à partir de l'expérience de sa maladie, des traces physiques et psychiques qu'elle a laissées, de sa fragilité éprouvée, d'un rapport à soi et aux autres modifié. Il est à souligner que le rétablissement de conditions d'existence satisfaisantes doit nécessairement s'accompagner, à mon sens, d'un renforcement de l'attention portée par la personne à elle-même. En effet, il y a bien une primauté du souci de soi explicite, car la personne se doit d'agir sur les paramètres qui dépendent d'elle afin de ne pas favoriser la récurrence de la maladie, et de préserver le bien-être qu'elle a retrouvé.

Chacun s'accordera à penser que la régularité du fonctionnement organique est vécue par la personne comme le gage de sa bonne santé. On peut dire qu'avec l'irruption de la maladie, elle expérimente, alors, sa propre vulnérabilité. Elle lui indique que des ruptures peuvent survenir à tout moment dans le cours de son existence. Le commerce familial, fruit d'un apprentissage permanent, avec son propre corps est, par conséquent, pris en défaut. En effet, la personne ne se sent plus en harmonie avec un corps qui est soudainement devenu étrangement inquiétant avec ses réactions imprévisibles et incompréhensibles. Bien plus, il

semble que le corps qui dysfonctionne soit devenu, en quelque sorte, inhabitable. Alors, à l'évidence, la maladie se révèle par le fait qu'elle constitue le temps de la confrontation avec un autre soi-même où se cristallisent la désorganisation, la désorientation, le non-sens. Néanmoins, en dépit de l'instabilité qui caractérise son existence, le malade se doit, tout d'abord, de composer au mieux avec son organisme défaillant. A cet égard, on peut légitimement considérer, à mon sens, que la pathologie constitue bien pour le malade une épreuve de vérité puisqu'il a affaire à la désorganisation de son schéma corporel, et qu'il fait l'expérience d'une perte de contrôle, plus ou moins prononcée, sur ce qui lui arrive. Ensuite, la présence même de la maladie oblige à s'emparer du problème qu'elle constitue ; ce qui implique la capacité d'opérer un décentrement suffisant vis-à-vis de la pathologie afin que celle-ci n'inhibe pas la réactivité.

Nous pouvons, donc, considérer que le malade est confronté à une situation singulière puisqu'il est à la fois celui qui subit le travail de la pathologie sur son organisme ainsi que les effets provoqués par les gestes et les traitements médicaux, et celui qui doit, malgré tout, agir. En effet, en dépit des contraintes, il est face à la nécessité de devoir inventer, dans la maladie, son propre chemin, trouver un nouvel équilibre de vie, un sens aux événements qui l'affectent. Il semble bien que quelles que soient les souffrances, les douleurs éprouvées, la maladie soit l'occasion pour la personne d'être authentiquement elle-même, d'échapper à la dépendance et de garder la maîtrise de son existence. Il est indéniable que l'irruption de la pathologie, parce qu'elle menace la personne, appelle de sa part une réponse. En effet, l'une des caractéristiques de la pathologie est de réformer les modalités existentielles précédentes et, par conséquent, d'inciter le malade à établir de nouveaux rapports avec lui-même. En fait, la personne s'éprouve comme malade lorsqu'elle perçoit la présence d'un désordre dans ce qu'elle vivait jusqu'à cet instant comme un état de régularité, de stabilité ; ce qui à ses yeux caractérisait sa santé. Il semble bien, à l'expérience, que ce dysfonctionnement soit vécu comme une entrave, un manque, une privation :

« A quelqu'un qui vient le voir, le médecin demande : qu'est-ce qui ne va pas ? Le patient n'est pas en bonne santé. L'être en bonne santé, le sentiment de bien-être, le se – sentir ne sont pas simplement plus là, ils sont perturbés. La maladie n'est pas la pure négation de la fonctionnalité psychosomatique. La maladie est un phénomène de privation. Dans toute privation se trouve l'appartenance essentielle à ceci que quelque chose manque, que quelque chose s'en est allé²¹⁵».

L'existence de la pathologie est, donc, un problème à prendre en considération et à solutionner. On posera comme principe que la personne est a priori un être de raison, même si elle est toujours capable d'irrationalité. On peut, par conséquent, en déduire qu'elle est en mesure de comprendre ce qui lui arrive, et qu'elle est à même de choisir les moyens qui lui semblent les plus adaptés pour répondre à la situation à laquelle elle est confrontée. Ainsi, par exemple, la personne peut, sans éprouver de difficulté particulière, gérer le registre des petites pathologies fonctionnelles. Elle sait intuitivement que le trouble ressenti ne constitue pas une menace sérieuse et que, conséquemment, l'absorption du remède approprié et l'effet du temps suffiront à le faire disparaître. C'est, par voie de conséquence, reconnaître que la personne possède une faculté d'autodétermination, et une capacité d'autonomie dans ce qu'elle estime être de nature à instaurer ce qui est bon pour elle. Il faut réaffirmer, ici, qu'elle dispose réellement d'un espace où elle peut agir en toute souveraineté.

Mais, néanmoins, nous ne devons pas occulter le fait que la personne est toujours en interaction avec sa communauté de vie, et qu'il est, a priori, toujours difficile d'emprunter un chemin différent de celui qui est prescrit par la médecine technico-scientifique et/ou par la société :

« C'est la société qui trace à l'individu le programme de son existence quotidienne. On ne peut vivre en famille, exercer sa profession, vaquer aux mille soins de la vie journalière, faire ses emplettes, se promener dans la rue ou même rester chez soi sans obéir à des prescriptions et se plier à des obligations. Un choix s'impose à tout instant ; nous optons naturellement pour ce

²¹⁵ Heidegger Martin, *Séminaires de Zurich, op.cit.*, p.86-87.

qui est conforme à la règle. C'est à peine si nous en avons conscience ; nous la trouvons ouverte devant nous et nous la suivons ; il faudrait plus d'initiative pour prendre à travers là²¹⁶ ».

Ainsi, il est tout à fait remarquable de constater que, dans la société moderne, les personnes ne savent plus ou ne veulent plus vivre avec la souffrance. Sa valeur d'apprentissage est perdue ou elle est perçue comme non essentielle. De fait, la souffrance est envisagée comme un non sens potentiellement soluble dans un traitement médicamenteux.

Or, pour moi, la personne doit comprendre que la médecine ne peut pas se substituer à elle pour faire cette expérience radicale qui consiste à souffrir. Elle peut, certes, en atténuer les effets. Mais, il convient de souligner que seule la personne est en mesure d'utiliser sa souffrance comme dynamique d'action pour rendre son monde plus habitable, en se dégageant des comportements normatifs, et en établissant ce qu'il convient de mettre en œuvre pour surmonter ce que Karl Jaspers appelle une situation-limite :

« Des données de ma condition telles que celle-ci : je me trouve toujours dans une situation déterminée, je ne peux pas vivre sans combattre et souffrir, j'assume inévitablement des culpabilités, je vais nécessairement mourir, - je les nomme situations-limites. [...] Elles sont données avec la vie elle-même²¹⁷ ».

Dès lors, il est indéniable que la bonne gestion de la *situation limite* est un enjeu vital. En effet, elle doit impérativement être mise sous contrôle, car si la personne ne parvient pas à la maîtriser, ses capacités d'action vont nécessairement se restreindre. Aussi, à l'exception des cas où elle se trouve dans un état d'incapacité physique et/ou psychique, il n'est pas permis de mettre en doute le fait qu'une personne a toujours la faculté de choisir le moyen qu'elle va adopter lorsqu'il s'agit de se soigner. Il est, en effet, généralement admis que chacun d'entre nous possède la faculté de porter une attention particulière à lui-même et de s'administrer,

²¹⁶ Bergson Henri, *Les deux sources de la morale et de la religion*, Paris, Presses Universitaires de France, 2000, p.12-13.

²¹⁷ Jaspers Karl, *Philosophie, op.cit.*, p.423.

lorsque la situation le nécessite, les soins qu'il estime être de nature à préserver ou à restaurer sa santé. On peut, donc, légitimement penser que les entraves à l'existence, les accidents, les maladies, le mal-être sont à la fois des points d'arrêt de l'action individuelle lorsque ces événements se produisent, mais aussi des occasions et des incitations, pour la personne, à gagner en profondeur dans la connaissance d'elle-même. C'est, ainsi, à mon sens, qu'elle est à même de pouvoir ouvrir de nouvelles perspectives existentielles et, surtout, ce qui me semble le plus important, de les matérialiser de manière effective.

Il est important de réaffirmer le fait que la maladie est bien une autre dimension de l'existence. Dans cette vie en oscillations surviennent des événements particuliers qui sont de nature à modifier significativement l'état de santé physique et psychique de la personne. Il faut bien reconnaître qu'ils amènent une brisure dans la continuité de l'existence et une rupture dans sa cohérence. De fait, une nouvelle norme de vie tend à s'imposer alors à la personne. Elle doit, par voie de conséquence, se l'approprier, sur un mode dynamique en dépit de ce que l'événement perturbateur lui a fait perdre en termes de capacités et de potentialités. Il est indéniable que vivre avec cette nouvelle norme de vie signifie que la personne considère que son existence possède toujours à ses yeux une valeur, malgré l'épreuve à laquelle elle est confrontée ; de fait, elle mérite toujours d'être vécue. En effet, il faut insister sur le fait qu'un danger guette le malade qui est celui de la dissociation d'avec lui-même dans la mesure où il est dans l'incapacité de pouvoir accepter ce qu'il est devenu à la suite de l'accident ou de la maladie grave. Dans ce cas, il apparaît qu'un présent insupportable inhibe la capacité à se projeter dans un futur. Le monde devient, de fait, étranger à la personne qui ne s'y reconnaît plus. L'expérience de sa maladie se donne, alors, sur fond de sens brouillé, obscurci. En conséquence, la personne n'est plus en mesure d'insérer sa maladie dans le fil de sa propre histoire.

Or, il est essentiel, me semble-t-il, pour elle de disposer de la capacité à accepter le chaos, le doute, l'incertain, l'informe, le non savoir, le non-sens puisque ces éléments sont, paradoxalement, constitutifs du socle expérientiel à partir duquel elle peut espérer

reconfigurer son existence. L'expressivité de la santé réside, par conséquent, à mon sens, dans cette aptitude particulière qui consiste à opérer des ajustements existentiels en rapport avec la présence d'un état pathologique qui perturbe les choix de vie de la personne. Mais, ils ne sont, pour moi, possibles que si la personne est elle-même. Cette authenticité d'être consiste, par exemple, à savoir éprouver une émotion sans se soucier d'observer une normalité comportementale déterminée par la société. Il faut souligner que c'est bien la compréhension de la nature et du rôle de l'émotion qui permet, à la personne, d'éviter de recourir à la médiation de la médicalisation pour la vivre. Il est manifeste qu'en comprenant ce qui est produit par la maladie, en réagissant à ses effets par la mobilisation et l'utilisation de ses propres ressources, elle renoue avec une habileté naturelle que les processus de médicalisation ont tendance à lui faire perdre. On peut, donc, dire que l'authenticité d'être soi-même consiste à donner un sens aux événements, à déceler le déterminisme qui les sous-tend, à opérer des choix, à utiliser les leviers d'action qui appartiennent en propre à la personne pour tendre à ce que la situation vécue soit sous contrôle et devienne supportable, voire agréable.

Nous devons à Nietzsche l'énonciation de l'idée de la grande santé²¹⁸. Son intérêt, à mes yeux, réside dans le fait qu'elle est une modalité singulière de l'existence. Elle signifie, pour une personne, posséder un très haut degré de puissance, d'habileté, de persistance, d'hardiesse qui favorise son accession à un monde ouvert, sans limite, toujours à explorer, qui est celui du désirable. Il est à remarquer que, dans l'esprit de Nietzsche, l'idée de la grande santé n'est pas au service de l'atteinte d'un idéal. En effet, aucun modèle de perfection ne répond à l'exigence de la personne en grande santé, dans la mesure où la matérialisation d'un idéal à atteindre revient à délimiter un monde particulier qui exclut l'exploration d'autres mondes. Par contre, faire preuve d'ouverture d'esprit, de curiosité face à la richesse du monde nécessite une vitalité physique et psychique qui s'épuise, et qui, par voie de conséquence, est à affermir continûment. Mais, il va de soi que la capacité inébranlable à se projeter devant soi

²¹⁸ Nietzsche Friedrich, *Le Gai Savoir*, trad. Patrick Wotling, Paris, Flammarion, 2007, p.350-352.

qu'exprime la grande santé présuppose que la personne qui en dispose ait pris le dessus sur une éventuelle disposition malade qui la paralyserait :

« Ce qui se transmet, ce n'est pas la maladie, c'est la disposition malade : l'impuissance à résister au danger d'une intrusion nuisible, etc. ; la force de résistance brisée, - ou, moralement parlant : la résignation et l'humilité devant l'ennemi²¹⁹ ».

Aussi, la grande santé exprime plutôt une vie en amplitude et en intensité. Elle ne signifie, donc, pas se perdre dans une multiplicité d'activités. Elle est à l'évidence à comprendre comme la saisie de la valeur de chaque action entreprise, de chaque expérience vécue.

On peut, par conséquent, en déduire que la grande santé consiste, alors, pour une personne, à utiliser tous les événements de son existence, y compris les plus douloureux, et à les considérer comme autant d'occasions de rebondir et d'accéder à la richesse du monde. La grande santé traduit, sans contestation possible, l'aptitude à utiliser la maladie comme épreuve pour la santé, et comme source d'une vitalité augmentée. Si elle permet, certes, de surmonter la maladie, elle est plus fondamentalement le moyen de la canaliser, et de la transformer en un accroissement de force, de puissance dans le processus vital. On comprend, alors, que Nietzsche puisse évoquer dans *Humain trop humain* :

« [...] cette santé débordante qui se plaît à recourir à la maladie elle-même, [...] cette surabondance de forces plastiques, gages de guérison complète, de rééducation et de rétablissement, cette surabondance qui est justement l'indice de la grande santé²²⁰ ».

Ce qui est à retenir, à mon sens, c'est que le concept de grande santé correspond au : « [...] pouvoir d'absorber et de vaincre les tendances morbides²²¹ ». En ce sens, la grande santé ouvre un espace de conquête et d'exploration de nouveaux possibles. Elle permet, par voie de conséquence, à la personne de surmonter des déséquilibres successifs. La maladie se conçoit, alors, comme un moyen de favoriser l'expression de la vitalité présente à l'état latent chez

²¹⁹ Nietzsche Friedrich, *Fragments Posthumes*, Début 1888-début janvier 1889, 14 [65], *op.cit.*, p.50.

²²⁰ Nietzsche Friedrich, *Humain trop humain*, trad. Robert Rovini, Paris, Gallimard, 1968, p.17.

²²¹ Canguilhem Georges, *Écrits sur la médecine*, *op.cit.*, p.54.

chaque personne. Ainsi, en se nourrissant de ses propres faiblesses, elle renforce ses capacités d'action. Elle est, ainsi, à même de pouvoir adopter une attitude positive qui consiste à ne pas sombrer dans le doute et le pessimisme quant à son état et à son devenir. Par conséquent, la grande santé se conçoit comme l'élément moteur de l'instinct de vie qui se matérialise par la disposition d'esprit qui consiste à toujours tenter de dépasser ce qui est, par nature, un facteur d'affaiblissement.

Ainsi, sur fond de présence de la maladie, la grande santé contribue à la renaissance de la personne, à son retour dans le monde, certes, mais armée, désormais, d'une sensibilité aiguës :

« [...] on revient régénéré de tels abîmes, d'une aussi dure consommation, de la consommation du lourd soupçon, en ayant fait peau neuve, plus chatouilleux, plus méchant, avec un goût plus fin de la joie, avec une langue plus délicate pour toutes les bonnes choses, avec des sens plus joyeux, avec une seconde et plus dangereuse innocence dans la joie, à la fois plus enfant et cent fois plus raffiné qu'on ne l'a jamais été auparavant²²² ».

Nous pouvons, donc, dire que la personne en grande santé est celle qui sait se servir de sa vitalité pour transformer la maladie en stimulant. Mais, nous sommes bien obligés de concéder que cette capacité n'est pas toujours mobilisable. Confrontée à ce cas de figure, la personne en est, alors, réduite à apprendre à composer avec la petite santé qui est la marque d'un organisme paralysé par la maladie. Par voie de conséquence, elle risque, alors, de voir son existence se déliter.

Contre toute attente, comme nous avons eu l'occasion de le montrer, l'attitude qui consiste à se soigner par soi-même entretient de solides liens avec la médecine moderne. Il est vrai que la personne est amenée à prendre position en fonction de ce que la médecine sait faire ou ne sait pas faire, et de l'appréciation qu'elle porte sur la pratique médicale. Mais, à mon sens, il convient de mettre, également, en évidence le fait que la pratique auto-soignante voit

²²² Nietzsche Friedrich, *Le Gai Savoir*, *op.cit.*, p.31.

ses conditions d'exercice déterminées par des facteurs qui en gauchissent la signification, au titre desquels il convient de mentionner la propension de la médecine à déterminer ce que doit être l'auto-soin, l'appartenance de la personne à une communauté de malades et les interactions singulières susceptibles de s'établir entre la personne et le thérapeute.

D) Le gauchissement de la pratique auto-soignante :

Tout d'abord, chacun peut, aisément, admettre que la progression du savoir médical favorise la connaissance des risques que l'organisme est susceptible de courir et la manière de les prévenir, bien que le décryptage des mécanismes qui induisent des pathologies soit très complexe. En effet, les facteurs susceptibles de provoquer des maladies interagissent entre eux. Aussi, un risque particulier traité isolément ne garantit pas de pouvoir prémunir efficacement une personne contre l'irruption de la maladie. Néanmoins, il est indiscutable que le biopouvoir médical tente de faire émerger la figure d'un homme moderne idéal aux comportements sains, pesés à l'aune de la norme d'un organisme sans faille, toujours performant, dans un état de santé continu. Dans ce cadre, la pratique du dépistage constitue, pour moi, un élément clef dans une stratégie qui consiste à traquer le moindre indice d'une anomalie organique. Elle vise, en effet, à révéler les malades inapparents. On peut, par conséquent, considérer que le recours à la technique du dépistage sert à mettre en évidence, chez une personne, les traces d'une maladie asymptomatique afin de pouvoir proposer un traitement thérapeutique précoce. Il peut s'agir, alors, pour la médecine de matérialiser l'existence de facteurs de risque d'apparition de telle ou telle maladie en décelant une anomalie physiologique ou en recherchant des gènes de prédisposition.

Si le dépistage concourt bien au maintien de la santé des personnes, donc à leur bien-être, il est à souligner qu'il est, de fait, l'une des portes d'entrée dans les processus de médicalisation. En effet, en toute logique, à partir de l'existence de risques détectés, la personne qui n'est pas encore malade, est prise en charge par le corps médical. Par voie de conséquence, le bien-portant devient un patient soumis à une surveillance médicale régulière. Mais, il arrive que le pouvoir conquérant de la médecine technico-scientifique achoppe sur les

réactions inattendues de la personne qui est la cible du dépistage. Des éléments tels que la représentation que la personne se fait de la maladie à dépister et des risques associés, l'éventuelle angoisse que peut générer un résultat positif, les réticences devant l'examen médical lui-même interfèrent dans la décision de se soumettre ou non à un dépistage. Mais, ce qui est à retenir, pour notre propos, c'est que l'existence de la possibilité technique du dépistage précoce d'une pathologie ne doit pas faire perdre de vue à la personne que c'est elle seule qui est capable, par l'adoption de la conduite appropriée, d'éviter le risque de provoquer son apparition.

A l'évidence, la communauté médicale est incitatrice et prescriptrice. Elle institue, de fait, un devoir de santé. Ainsi, lorsque l'on analyse son discours, on met aisément en évidence qu'il est axé sur le rôle des conduites individuelles dans la préservation de la santé et dans l'apparition des maladies. Par conséquent, la personne est, pour la médecine, responsable devant la société de la prise en charge de sa santé. Elle doit, donc, être attentive à la gestion rationnelle de ses comportements et aux effets pathogènes que son mode de vie peut créer. Par voie de conséquence, nul n'est sensé ignorer les principes qui régissent le maintien de son organisme en bonne santé. En toute logique, la connaissance des règles de vie qui peuvent empêcher l'apparition de la pathologie implique le devoir de les mettre en œuvre. Est ainsi affirmé le principe selon lequel la santé est l'affaire exclusive de la personne qui ne peut compter que sur elle-même.

Il n'échappe, par ailleurs, à personne que la médecine moderne développe ce qu'il est convenu d'appeler la conscience préventive. Il va de soi que la prévention ne se conçoit qu'à partir de la matérialisation effective d'un risque qui doit nécessairement et préalablement être identifié, analysé et compris. Il est, ensuite, légitime de penser que l'existence avérée d'un risque potentiel induit, alors, une approche rationnelle qui consiste à entrer dans une démarche préventive afin d'éviter que le virtuel ne s'actualise. Notons au passage que, par définition, un risque inconnu ne peut pas faire l'objet d'une stratégie d'évitement. Si la prévention s'appuie bien sur des travaux épidémiologiques qui établissent des relations statistiques entre des

pratiques, des comportements et la survenance de problèmes de santé, elle possède sa propre limite. En effet, la profusion de données produites par la technique n'offre pas de garantie absolue quant au devenir médical de telle personne singulière. La démarche préventive apparaît, par ailleurs, comme improductive lorsque la systématisation des analyses biologiques et des examens médicaux contribue à élargir l'éventail des possibilités angoissantes, et ensevelit le ce qui est sous le pourrait être. Il est caractéristique de constater que la traque indicielle d'une possible pathologie hante la médecine technico-scientifique. On peut, à mon sens, trouver un fondement à cette approche dans l'assertion suivante : « On peut se sentir bien portant (juger d'après son sentiment de bien-être vital), mais l'on ne peut jamais savoir que l'on est bien portant²²³ ».

Ainsi, le fait qu'une personne se sente bien portante ne signifie pas qu'aux yeux de la médecine, elle le soit réellement. Si la personne peut légitimement se satisfaire de l'existence de ce sentiment, elle s'inscrit contre l'objectif que poursuit la médecine qui est celui d'aller toujours plus avant dans la maîtrise des phénomènes qui peuvent venir altérer le fonctionnement de l'organisme humain. Nous pouvons observer que l'intégration dans la conscience de la démarche préventive atteint un tel degré d'intensité qu'elle conduit la personne à exercer une activité d'autocontrôle et d'auto-surveillance facilitée, le cas échéant, par la constitution de son propre laboratoire d'analyses médicales ou par le recours aux services proposés sur Internet. L'homme moderne peut même faire l'acquisition d'un *kit génétique* qui lui permet de connaître ses prédispositions au développement de certaines maladies. Mais, il est à remarquer que la valeur prédictive d'un test génétique est élevée, seulement lorsqu'est en cause un gène unique dans le développement de la maladie, comme dans le cas de la mucoviscidose. Par contre, dans les maladies dépendantes de plusieurs gènes, marquées par une influence manifeste de l'environnement et/ou du mode de vie, comme les troubles cardiovasculaires, le diabète, les cancers non familiaux, la valeur prédictive de tels tests devient très faible. En outre, la médecine technico-scientifique n'est pas en mesure de

²²³ Kant Emmanuel, *Le conflit des facultés en trois sections*, trad. J. Gibelin, Paris, Vrin, 1997, p.117.

dire si les variations détectées auront des conséquences ou pas ; d'autant plus que, pour une altération génétique identique, une personne souffrira de symptômes graves alors qu'une autre personne restera indemne de troubles. L'avenir médical d'une personne n'est pas, en effet, inscrit de manière irrévocable dans ses gènes. Se pose, alors, la question de l'utilité de ce type d'outils.

Il est, par ailleurs, légitime de se demander s'il existe un réel bénéfice pour la personne lorsque la médecine détecte un risque de développement d'une pathologie dans l'avenir sans qu'elle possède les moyens d'empêcher son apparition. Il est aussi à souligner le fait qu'en actualisant un futur hypothétique, la médecine prédictive ouvre la voie à des dérives thérapeutiques. Tel est le cas, pour moi, lorsque des mastectomies préventives sont pratiquées sur des femmes porteuses de mutations sur les gènes BRCA 1 et BRCA 2. Observons au passage que cette chirurgie mutilante a une efficacité limitée. En effet, il n'existe aucune preuve scientifique quant à la nécessité de ce type d'intervention qui, il convient de le rappeler, constitue une altération profonde de l'image corporelle²²⁴. En conséquence, il est difficile de comprendre et d'expliquer le fait que des personnes bien-portantes deviennent dépendantes du verdict d'appareils techniques et d'experts pour obtenir l'assurance qu'elles sont probablement indemnes de toute pathologie.

En outre, de telles pratiques suscitent des interrogations légitimes quant à la fiabilité des analyses, à la garantie de la confidentialité des résultats, et à la capacité de la personne à pouvoir gérer, seule, le choc émotionnel qui peut être ressenti lors de leur communication. Il me semble nécessaire de souligner que la prévention des risques se doit d'être intelligemment conduite si elle veut être efficace. Par conséquent, elle doit être en mesure d'éviter certains écueils, notamment celui de stigmatiser, de condamner moralement les personnes qui ont adopté des conduites atypiques. Ainsi, la survenance d'un cancer du sein ne doit pas venir souligner le comportement qualifié de déviant de la femme qui a utilisé une contraception orale ou qui a eu une grossesse tardive. Il faut aussi se souvenir que la prévention du risque du

²²⁴ Cette problématique est documentée sur le site internet : www.oncoprof.net.

Sida a été utilisée au bénéfice d'intérêts moraux. Elle a, en effet, notamment, servi à promouvoir la fidélité dans le mariage. Certes, il est légitime que les actions préventives aient pour finalité de modifier les comportements individuels qui présentent un danger pour la santé, et il faut bien reconnaître que, sous cet angle d'appréciation, l'expertise médicale est nécessaire. Mais, à mon sens, elle manquera d'efficacité si elle ne se préoccupe pas de comprendre ce qui sous-tend l'adoption d'une conduite délétère.

A l'examen, il semble bien que la modernité consacre un glissement dans ce qui constitue le fait de prendre soin de soi. En effet, il n'est plus seulement question de préserver, strictement parlant, un état de santé. Il s'agit, également, d'établir des connexions avec des éléments sans aucun lien manifeste avec la santé comme, par exemple, l'amélioration de l'apparence corporelle ou des performances de l'organisme. L'explication, à mon sens, tient au fait que la prévention des risques s'inscrit, aussi, dans le processus de marchandisation de la médecine. Il est vrai que les exemples abondent. Nous pouvons citer, à cet égard, le développement des substituts nicotiques par l'industrie pharmaceutique, l'élaboration des alicaments, des produits allégés par l'industrie agro-alimentaire, l'enrichissement croissant de l'offre des professionnels de la perte de poids. De fait, les personnes sont soumises aux discours d'instances qui ont chacune leur logique propre. Ainsi, on peut légitimement penser que le corps médical se soucie, avant tout, de la santé des personnes et de sa préservation. Par contre, il est manifeste que l'industrie pharmaceutique incite, certes, les personnes à consommer des médicaments censés préserver leur santé, mais, surtout, à utiliser des produits qui correspondent aux thématiques de l'idéologie sociétale dominante. De fait, le discours de l'industrie pharmaceutique vise à sensibiliser la personne sur son potentiel d'amélioration, et à lui faire prendre conscience qu'elle peut et qu'elle doit devenir quelqu'un d'autre. Aussi, lorsqu'elle est convaincue, la personne n'a, par conséquent, pas d'autres possibilités que de puiser dans l'éventail des produits et des services qui lui sont proposés, à cette fin.

L'intériorisation des normes sociétales constitue, par ailleurs, le terreau des actions de mise en conformité que la personne, qui se pense autonome et responsable, exerce sur elle-

même. Rappelons que l'exemple de la médecine morphologique et anti-âge est, à cet égard, emblématique. En effet, à l'examen, l'objectif premier de cette médecine est de favoriser le maintien de l'image corporelle à travers le temps. Elle travaille, donc, sur la silhouette, l'apparence, la mise en conformité avec les canons de l'esthétique en vigueur dans la société. Pour y parvenir, elle utilise la technique chirurgicale pour effacer les disgrâces de certaines parties du corps affectées par l'avancée en âge. Mais, le résultat obtenu n'a, à l'évidence, aucune pérennité dans le temps, ce qui implique, comme nous l'avons déjà mentionné, la répétitivité de l'intervention du chirurgien. Mais, il y a plus. En effet, si la personne peut paraître plus jeune physiquement, cette transformation n'opère pas sur l'expérience vécue de l'écoulement du temps. En fait, ce que le geste médical a produit c'est surtout la disparition de la correspondance entre l'enveloppe matérielle du corps et l'intériorisation de l'existence dans le psychisme de la personne. On peut, par conséquent, légitimement penser que cette unité perdue est de nature à occasionner un mal-être existentiel profond ; ce qui, soulignons-le, peut conduire la personne à entrer dans un processus de médicalisation.

Le second objectif que la médecine morphologique et anti-âge s'est assigné est de combattre un processus d'évolution naturelle des êtres humains : le vieillissement. Or, à l'analyse, il apparaît que les praticiens qui exercent la médecine morphologique et anti-âge se contentent, en fait, de prescrire de simples règles d'hygiène de vie élémentaires qui sont à la portée de toute personne sensée. A l'évidence, en recourant aux services proposés par la médecine morphologique et anti-âge, la personne renonce, en fait, à prendre soin d'elle-même. Dans ce cas de figure particulier, elle se défait de sa capacité à pouvoir élaborer une réponse qui lui appartient en propre lorsqu'elle doit faire face aux transformations de son corps. Par conséquent, on voit bien qu'une personne insuffisamment attentive court le risque de déléguer, à son insu, le souci de soi à des tiers. Par ailleurs, il est à souligner que ces actions aux effets illusoire sont marquées par un caractère de dangerosité avéré, comme nous l'avons évoqué dans le cas de la dépigmentation artificielle de la peau. Aussi, il semble bien, à mon avis, que, seule, la capacité à se projeter dans une authentique création de soi par soi est

de nature à contribuer à la relativisation des discours véhiculés par le corps médical, les médias et les firmes pharmaceutiques.

Il est à remarquer qu'à l'ère moderne, l'automédication, malgré ses dangers manifestes, est encouragée par le pouvoir biopolitique dans un souci de rationalisation et de maîtrise des dépenses de santé. Elle est, donc, l'un des éléments qui contribuent avec la prévention à la responsabilisation du citoyen sur les problèmes de santé. Nous pouvons dire que l'automédication, au même titre d'ailleurs que la prévention, est, alors, conçue comme une pratique visant à rendre les personnes autonomes, à en faire des patients instruits. De fait, cette évolution consacre le nouveau rôle du médecin qui devient un thérapeute-éducateur. Notons que la pratique de l'automédication le soulage du traitement des pathologies peu sévères, et de la prise en charge des maladies chroniques de faible niveau de gravité. Par voie de conséquence, les informations dispensées au patient doivent être exhaustives et de qualité pour assurer une pleine efficacité à la pratique de l'automédication. Il convient de relever le fait que la médecine moderne fonctionne, alors, sous un double mode : majeur pour le traitement des pathologies lourdes, mineur pour les pathologies peu sévères.

Il est à observer, par ailleurs, que le champ de l'automédication est en extension constante. Il ne s'agit plus uniquement de traiter les symptômes de courte durée ou les affections bénignes ; citons, à titre d'illustration de cette assertion, l'utilisation des médicaments de la contraception d'urgence et celle des substituts nicotiques²²⁵. Il est à souligner, également, que l'élargissement du champ des pathologies susceptibles de faire l'objet d'une pratique d'automédication s'accompagne d'un changement de catégorie des médicaments qui ne sont plus, dès lors, à prescription médicale obligatoire²²⁶. Par voie de conséquence, l'extension du domaine de l'automédication revient bien à donner une nouvelle orientation au rôle du médecin car elle participe de la prise en charge globale du patient. De prescripteur, il devient alors le garant du bon usage du médicament, et donc de la sécurité du

²²⁵ Le sevrage tabagique est un traitement qui s'inscrit dans la durée.

²²⁶ Tel est le cas du triptan utilisé dans le traitement de la migraine et de l'orlistat utilisé dans la prévention et dans le traitement de l'obésité.

patient. Dans ce cadre, le médecin est appelé à orienter l'automédication du patient par une information sur les conditions dans lesquelles elle est une pratique appropriée, et à la contrôler par la prévention d'éventuels risques d'interactions médicamenteuses ou de surdosage²²⁷. Mais, il convient de mettre en évidence le fait que, dans le domaine de la santé, l'application du principe qui consiste à accélérer la mise sur le marché de nouveaux produits a comme conséquence de renforcer le pouvoir de l'industrie pharmaceutique sur le corps médical. C'est pourquoi un médecin est, désormais, incapable de maîtriser le renouvellement très rapide des gammes de produits pharmaceutiques, et de mesurer les effets réels des nouvelles substances médicamenteuses sur la santé de ses patients :

« [...] le nombre de nouveaux traitements pharmaceutiques et leur rythme d'apparition ont augmenté au point que les médecins pour leurs prescriptions, ne peuvent plus faire appel à leur expérience, mais doivent se fier aux informations fournies par l'industrie pharmaceutique²²⁸ ».

Si l'automédication bien comprise est une préoccupation du pouvoir biopolitique, il est à noter qu'elle constitue, également, un nouveau marché pour l'industrie pharmaceutique qui s'est organisée en conséquence²²⁹. A l'évidence, le développement du marché de l'automédication est favorisé par la modification du statut du médicament. Ainsi, dans ce cadre, un médicament à prescription médicale obligatoire est appelé à devenir un médicament à prescription médicale facultative. Les médicaments à prescription médicale facultative disponibles en libre service ont, par conséquent, un statut particulier dans la pharmacopée. Ils sont, de fait, utilisables par toutes les personnes, et les principes actifs qui les composent sont réputés ne pas posséder de caractère de dangerosité avéré. Il en ressort que leur consommation

²²⁷ Ainsi, à titre d'exemple, rappelons que l'automédication n'est pas appropriée lorsque la personne est sujette à des risques avérés comme dans le cas de l'insuffisance hépatique ou rénale. Il ne faut, par ailleurs, pas oublier que l'absorption simultanée de plusieurs substances médicamenteuses induit une incertitude élevée sur les effets qu'elles produisent réellement sur l'organisme.

²²⁸ Rosa Hartmut, *Accélération*, *op.cit.*, p.318.

²²⁹ Ainsi l'Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable (AFIPA) a pour objet de favoriser le développement des médicaments d'automédication en France, c'est-à-dire les médicaments qui ne sont pas concernés par une prescription obligatoire, en faisant reconnaître les comportements d'automédication comme un élément essentiel pour la santé publique et pour l'économie de la santé. La mission et les objectifs poursuivis figurent de manière détaillée sur le site internet de cette association : www.afipa.org.

n'a pas, a priori, à faire l'objet d'une surveillance médicale. On peut, par conséquent, en conclure que le médicament à prescription médicale facultative est un produit banalisé, même s'il doit, pour être commercialisé, posséder une autorisation de mise sur le marché ; ce qui ne signifie pas, il convient de le souligner, une garantie d'innocuité quant à ses effets.

Nous devons, effectivement, insister sur le fait qu'il n'existe pas de médicament aux effets anodins. C'est pourquoi il est essentiel de souligner que toute substance médicamenteuse demeure potentiellement dangereuse sans un examen précis des conditions de son utilisation :

« Tout médicament devient vénéneux, sans un contrôle rigoureux et vigilant. Et même, n'arrive-t-il pas qu'un changement dans la quantité transforme la qualité, non seulement la suspende mais l'inverse : l'excès du bien donne alors un mal intense, sinon imprévu. Le plus réparateur, le plus tonique, ou ce qu'on prétend le plus anodin – une vitamine, un sirop, un léger calmant – abusivement absorbé ou prodigué, engendre des désordres ou de graves complications²³⁰ ».

De fait, pour assurer la progression du marché des substances d'automédication, l'industrie pharmaceutique communique, comme pour tout autre produit, directement avec ses clients sans l'intermédiaire des professionnels de santé. Il est à remarquer que la diffusion de l'information sur les pathologies et les traitements associés vise, alors, à favoriser une appropriation des connaissances et à permettre le développement d'un niveau d'expertise par le profane. Tout naturellement, la personne apprend de cette manière à s'affranchir du pouvoir du corps médical, et à trouver des modalités de soins qui semblent, certes, alternatives, mais, qui sont, en fait, directement inspirées par l'industrie pharmaceutique. Mais, il faut bien se rendre à l'évidence que la mise à disposition d'une information surabondante et contradictoire, mouvante, sans cesse remise en question, met la personne dans l'impossibilité de se faire une opinion objective et personnelle de nature à lui permettre d'agir efficacement dans le domaine de sa santé. Néanmoins, nous pouvons affirmer qu'en dépit de ce contexte

²³⁰ Dagognet François, *La raison et les remèdes*, Paris, Presses Universitaires de France, 1964, p.319.

consument, l'homme moderne garde le pouvoir de demeurer un évaluateur rationnel des options thérapeutiques qui lui sont proposées par le corps médical et/ou l'industrie pharmaceutique ; mais, à la condition impérative qu'il évite de succomber à un effet de mode susceptible d'entraîner des conséquences néfastes sur sa santé, comme Jean-Jacques Rousseau en faisait déjà, en son temps, l'expérience :

« C'était alors la mode de l'eau pour tout remède ; je me mis à l'eau, et si peu discrètement, qu'elle faillit me guérir, non de mes maux, mais de la vie. Tous les matins, en me levant, j'allais à la fontaine avec un grand gobelet, et j'en buvais successivement, en me promenant, la valeur de deux bouteilles. [...] Bref, je fis si bien, qu'en moins de deux mois je me détruisis totalement l'estomac que j'avais eu très bon jusqu'alors. Ne digérant plus, je compris qu'il ne fallait plus espérer de guérir²³¹ ».

On doit, donc, admettre que le recours à l'automédication correspond au choix de la personne d'utiliser des substances médicamenteuses disponibles sur le marché qu'elle juge appropriées pour traiter sa pathologie, à partir des symptômes qu'elle a elle-même identifiés de sa propre initiative et sous sa propre responsabilité. Mais, il ne faut pas occulter le fait que l'efficacité de l'automédication suppose qu'elle soit utilisée à bon escient et que, devant la masse d'informations disponibles, la personne ne devienne pas hypocondriaque. A cet égard, l'expérience relatée par Jean-Jacques Rousseau qui s'était pris d'intérêt pour la lecture de livres de médecine garde, pour moi, toute son acuité et toute sa pertinence à l'ère moderne :

« Pour m'achever, ayant fait entrer un peu de physiologie dans mes lectures, je m'étais mis à étudier l'anatomie, et passant en revue la multitude et le jeu des pièces qui composaient ma machine, je m'attendais à sentir détraquer tout cela vingt fois le jour : loin d'être étonné de me trouver mourant je l'étais que je pusse encore vivre, et je ne lisais pas la description d'une maladie que je ne crusse être la mienne. Je suis sûr que si je n'avais pas été malade, je le serais devenu par cette fatale étude. Trouvant dans chaque maladie des symptômes de la mienne, je croyais les avoir toutes, et j'en gagnai par-dessus une plus cruelle encore dont je m'étais cru

²³¹ Rousseau Jean-Jacques, *Les Confessions*, I. Livre VI, *op.cit.*, p.273.

délivré : la fantaisie de guérir ; c'en est une difficile à éviter quand on se met à lire des livres de médecine²³²».

Nous ne devons pas être étonnés par le fait que l'ouverture d'un marché où le médicament est, comme nous l'avons vu, un produit banalisé qui n'est plus soumis à une prescription médicale obligatoire en favorise une utilisation déviante. En effet, la personne peut maximaliser l'effet attendu de la molécule chimique par un dosage augmenté. Le médicament fait, par conséquent, l'objet d'une transgression de sa norme de prescription. Il est, alors, employé en dehors de sa norme d'usage, c'est-à-dire à une fin autre que celle pour laquelle il était initialement prévu. En outre, il existe un risque patent que le médicament devienne une véritable drogue. Ainsi, nous pouvons observer que les psychotropes et les produits qui contiennent des opiacés sont employés pour obtenir des états de conscience modifiés, pour rechercher des sensations inconnues, pour s'évader d'un quotidien qui ne répond pas aux attentes. De telles attitudes se trouvent, à mon sens, légitimées par le fait que la société moderne sacralise les pratiques dopantes.

Aussi, il n'est pas surprenant de constater que le médicament est utilisé pour améliorer les performances dans tous les secteurs de l'existence. Ainsi, dans le domaine sportif, l'exemple de la tacrine²³³ est révélateur du détournement des moyens thérapeutiques à des fins d'amélioration d'une capacité fonctionnelle de l'organisme. Il est, par conséquent, établi qu'une molécule qui était initialement destinée au traitement d'un trouble chez un malade peut être utilisée par un bien portant pour accroître une capacité psychique, dans le cadre d'une activité sportive. La modernité consacre, à l'évidence, la progression soutenue des pratiques dopantes au nombre desquelles nous pouvons citer : l'utilisation des bêtabloquants²³⁴ pour prévenir des situations génératrices de stress, le recours au Viagra pour

²³² *Ibid.*, p.296.

²³³ La tacrine est un médicament myorelaxant utilisé dans le traitement des troubles de la mémoire chez les malades souffrant de la maladie d'Alzheimer. Cette substance a été utilisée par des golfeurs et des pilotes automobiles pour améliorer la mémorisation des parcours.

²³⁴ Un bêtabloquant est un médicament capable de s'opposer à certains effets des catécholamines (adrénaline, noradrénaline, dopamine) de l'organisme.

améliorer la *performance* sexuelle, l'injection de stéroïdes anabolisants pour augmenter la masse musculaire afin de mieux séduire. Il est à remarquer que le recours à un médicament s'inscrit, aussi, dans des situations où règne l'incertitude. La substance médicamenteuse est alors utilisée non pas contre une pathologie, mais en vue d'une adaptation préventive à des situations dans lesquelles la personne pense qu'elle va se trouver en difficulté ou en danger. A mon sens, la facilité d'accès au marché des produits et des services médicaux, ainsi que les incitations des firmes pharmaceutiques qui sont soutenues par le corps médical favorisent l'attitude qui consiste à se soigner par soi-même. Ainsi, une personne a la possibilité d'acheter un médicament sans prescription médicale ou par référence à une indication thérapeutique antérieure. Par conséquent, on voit bien que la substance médicamenteuse ne présente, sur ce plan, pas de différence fondamentale avec un quelconque produit de consommation courante. A l'évidence, il s'avère, sans que ce fait puisse être contredit, que la possibilité d'achat à distance de substances médicamenteuses favorise le contournement des contraintes réglementaires et des interdits.

Mais, en agissant de la sorte, la personne n'a pas ou plus forcément conscience de la nature réelle du produit qu'elle a acheté, et des risques potentiels qu'une utilisation inappropriée lui fait courir. Il est, par ailleurs, à remarquer que lorsqu'une personne demande à son médecin de lui prescrire tel ou tel médicament qu'elle a pu juger, dans une situation antérieure, efficace, elle réalise une auto-prescription de substances médicamenteuses cautionnée et validée par le corps médical. Il convient, aussi, de mettre en évidence le fait que l'automédication repose sur la conception selon laquelle à chaque pathologie correspond un médicament qu'il suffit de se procurer sur le marché des produits thérapeutiques. Il semble bien que la compétence requise du malade consiste, alors, à établir la juste correspondance entre la pathologie et le médicament idoine. L'identification équivaut, donc, à la guérison, sous réserve, naturellement, de l'absorption effective du médicament. L'inobservance, après le constat que les effets escomptés du médicament ne sont pas au rendez-vous, signifie, en conséquence, un défaut d'identification dans l'établissement de la correspondance.

On peut, donc, dire que, par la pratique de l'automédication, la personne choisit de se soigner seule, d'acquérir par elle-même les compétences nécessaires à cet effet, et de les mettre en œuvre de manière autonome. En se soignant par elle-même, la personne se constitue, alors, en objet d'étude et d'expérimentation pour elle-même. Il est à remarquer que, dans les faits, toute médication est par définition de l'automédication dans la mesure où, en dernier ressort, c'est bien la personne qui exerce la prise de décision sur l'administration ou non du médicament. Nul doute que l'automédication recèle un aspect positif lorsque la personne l'utilise à bon escient pour contrôler et pour venir à bout d'une maladie maîtrisable. Par contre, elle est, à mon avis, à mettre au nombre des mauvaises pratiques lorsqu'elle est l'unique recours d'une personne réservée sur l'apport de la médecine ou qui éprouve de la peur face aux interventions du corps médical.

Mais, nous devons bien reconnaître que l'automédication ne se réduit pas à la consommation de substances médicamenteuses. Il convient de souligner, en effet, que cette pratique de santé est aussi une authentique recherche de voies originales pour répondre aux impasses de la médecine, et parvenir, néanmoins, à mettre sous contrôle le phénomène pathologique ; ce qui permet, par conséquent, à la personne d'espérer créer, pour elle-même, des conditions de vie acceptables. Il est vrai que les exemples d'automédication réussie abondent. Ainsi, en 1901, âgé de vingt-six ans, Paul Carton, promoteur de la médecine naturelle, est atteint de phtisie. Les traitements s'avèrent inopérants. Déclaré incurable par les médecins, il est promis à une mort rapide. Par un heureux concours de circonstances, il est victime d'une intoxication alimentaire. Suite à la purge de son système digestif, Paul Carton constate une amélioration de sa santé. Il procède alors, de manière empirique, à la modification de son régime alimentaire, et il finit par obtenir une rémission partielle de ses maux. Il déjoue, ainsi, le pronostic de la médecine. Pour sa part, Moshe Feldenkreis, physicien israélien, blessé au genou, refuse l'opération chirurgicale qui lui est proposée car les résultats escomptés sont incertains. Il décide, alors, d'explorer lui-même les voies susceptibles

de lui permettre de se déplacer sans douleur. Il en vient à élaborer une méthode thérapeutique originale à partir de ses propres expérimentations.

Un autre cas représentatif d'une automédication réussie est celui de Karl Jaspers qui relate son expérience dans son *Autobiographie Philosophique* :

« Ma santé conditionne toutes les décisions de mon existence. Dès mon enfance, je souffris d'une déficience organique (stases bronchiques et insuffisance cardiaque secondaire). A la chasse, trahi par ma faiblesse, je devais souvent m'asseoir et je pleurais amèrement quelque part dans le secret des bois. J'avais déjà dix-huit ans lorsqu'Albert Fraenkel, à Badenweiler, établit le diagnostic. Jusque-là, j'avais eu de fréquents accès de fièvre causés par des traitements contre-indiqués. J'appris dès lors à organiser ma vie en composant avec ma maladie. Je lus un traité de Virchow qui la décrivait dans ses moindres détails et déclarait qu'à l'âge de trente ans au plus, le malade succombe à une suppuration générale. Je compris alors en quoi devait consister la thérapeutique. J'en assimilai lentement les méthodes, que je dus découvrir en partie moi-même. Impossible de les appliquer vraiment en me conduisant comme un homme en bonne santé. Ou travailler normalement, et c'était aller au-devant d'une catastrophe, ou, si je voulais vivre, me soumettre à la plus sévère discipline en évitant tout ce qui pouvait me nuire : ma vie s'écoulait dans cette alternative. Mon corps, épuisé et empoisonné, me contraignait à de fréquents renoncements et j'étais forcé de me reconquérir sans cesse. Le souci que me donnait la maladie ne devait pourtant pas m'absorber entièrement. Mon devoir, c'était de la combattre presque inconsciemment et de travailler comme si de rien n'était. Tout subordonner à la maladie sans m'y asservir ! Mais je commettais sans cesse de nouvelles erreurs. Les contraintes intervenaient à chaque minute et dans tous mes projets²³⁵ ».

Ce texte de Jaspers montre bien la voie qu'il est possible de choisir à l'énoncé du diagnostic de la maladie. En effet, l'auteur ne va pas se résoudre à la fatalité d'un pronostic qui signifie la fermeture de son horizon existentiel. Au contraire, il fait le pari de l'espérance, c'est-à-dire qu'il se rallie à l'idée d'un avenir fécond, riche en possibles. Notons au passage que cette attitude positive lui permet de renouer avec une forme de plaisir. En conséquence, Jaspers

²³⁵ Jaspers Karl, *Autobiographie Philosophique*, trad. Pierre Boudot, Paris, Éditions Aubier, 1963, p.15-16.

intègre le fait que sa vie durant, il va devoir composer avec la maladie. Il entre, alors, dans une phase active où il va tenter de comprendre sa pathologie, ses manifestations et les troubles qu'elle engendre. A l'aide de ses lectures de traités médicaux et, sans doute, au fil de l'expérience qu'il accumule au contact de la maladie, il invente les traitements adaptés à son état. Il se les administre avec une discipline qui ne supporte pas le moindre relâchement.

On est bien, avec cet exemple, dans une configuration où la pathologie est une menace constante. En conséquence, il est nécessaire, pour le malade, d'afficher une force de caractère permanente et d'un niveau suffisant pour ne pas craindre de ne plus lutter. L'enjeu est, en effet, d'empêcher la pathologie de submerger complètement l'existence du malade. De toute évidence, l'automédication réussie signifie, dans le cas de Jaspers, qu'à partir de l'identification de sa maladie, il a été capable d'opérer un choix qui est celui de l'action créative. En effet, il a réussi à mener une existence en conciliation avec la maladie et, ainsi, il est, lui aussi, parvenu à mettre en défaut le jugement du corps médical qui le condamnait, à brève échéance. Dans ce cas de figure, on peut établir que se soigner par soi-même a consisté à se glisser dans la marge d'incertitude que comporte l'énonciation du pronostic. Aussi, l'expérience de Jaspers nous apporte bien, à mon sens, la confirmation que l'ordre du général ne s'applique pas au particulier, et que la prévision statistique ne détermine pas un devenir singulier.

En outre, s'il est manifeste, comme nous en avons fait état, que l'ère moderne connaît une amplification sans précédent de la diffusion des connaissances médicales, ce qui a pour conséquence de permettre à chacun, bien-portant ou malade, d'accéder à une information, certes, abondante et diversifiée mais qui se caractérise par une fiabilité incertaine, il convient de souligner le rôle spécifique que les communautés de malades sont amenées à jouer ; même si nous devons bien admettre que le phénomène n'est pas nouveau puisqu'il n'est que la perpétuation d'une tradition ancestrale :

« L'historien Hérodote dit aussi qu'autrefois, on plaçait aux carrefours les gens malades, et que ceux qui avaient eu les mêmes maladies expliquaient chacun par l'emploi de quels remèdes il avait guéri ; ainsi à partir de l'expérience de la majorité, s'assemblaient les éléments de la médecine²³⁶ ».

Il est vrai que la présence, à l'ère moderne, de communautés de malades auto-organisées, de groupes auto-support²³⁷ tend à montrer que ceux qui partagent l'expérience du malade sont mieux armés qu'un thérapeute pour comprendre sa situation pathologique et ce qu'il vit. Aussi, il n'est pas surprenant, dans ces conditions, de constater que la société consacre la valeur du témoignage médical. Ainsi, des sites internet²³⁸ deviennent des espaces de rencontres et d'échanges pour les personnes atteintes des mêmes maladies chroniques. Autrement dit, les personnes affectées par ces pathologies relatent la manière dont elles vivent leur pathologie, révèlent les voies thérapeutiques qu'elles suivent, et en commentent les effets.

A l'évidence, est affirmé, de cette manière, le fait que le malade autonome prend le contrôle de sa santé, traite son affection avec un certain niveau de compétence, et gère sa propre existence, à distance de toute ingérence médicale. Il me semble utile de mettre en exergue le fait que la participation à ces échanges est porteuse de sens pour la personne. En effet, il apparaît bien que le malade ne se considère pas comme un élément supplémentaire dans un ensemble de cas génériques, mais qu'il se positionne plutôt comme un être qui a une expérience singulière à faire partager à d'autres personnes affectées par la même pathologie. Mais, à mon sens, la mise en commun de l'expérience de la pathologie et de ses traitements avec des personnes atteintes de la même maladie comporte le risque d'opérer le transfert de l'attitude de repli et d'enfermement de la personne qui se soigne par elle-même vers la communauté de malades.

²³⁶ Galien, *Le Médecin-Introduction*, trad. Caroline Petit, Paris, Les Belles Lettres, 2009, p.3.

²³⁷ Nous pouvons citer, à titre d'exemple, la communauté des *hépatants* qui regroupe des malades "épatants" souffrant d'hépatites.

²³⁸ Un exemple parmi d'autres : www.patientslikeme.com

Il est, également, significatif de constater que, même guérie, la personne éprouve la nécessité de s'exprimer sur l'expérience qu'elle vient de vivre. Aussi, nous devons nous interroger sur ce que recherche le malade à travers l'expression de son témoignage. Veut-il trouver le sens de ce qu'il a vécu dans la maladie ? Désire-t-il se débarrasser de la souffrance éprouvée ? Souhaite-t-il partager un moment singulier de son histoire ? Mais, n'est-il pas, également, permis de se demander s'il ne s'agit pas plutôt d'un retour d'expérience, d'une tentative d'analyse qui se veut plus objective, et qui intègre les changements que la pathologie a opérés sur le malade ? Il convient, aussi, de ne pas occulter la vertu apaisante et réconciliatrice de la parole qui favorise une forme de bien-être chez le sujet qui se raconte. On comprend, dans ces conditions, que l'accessibilité au savoir allié au croisement des expériences est de nature à favoriser l'émancipation des personnes vis-à-vis du corps médical et l'établissement de pratiques autonomes. De fait, la personne se forge, de cette manière, une opinion plus ou moins avertie sur la nature des pathologies, leurs symptômes, les risques qu'elles font courir, et les traitements les mieux à même de conduire à la guérison. Par conséquent, il en ressort que ce savoir autoproduit est opposable aux connaissances du thérapeute, et qu'il favorise l'émergence des traitements alternatifs à ceux qui sont proposés par le corps médical.

Néanmoins, nous devons bien reconnaître que si l'intervention du médecin est limitée, elle n'en reste pas moins toujours possible. Dans ce cas, il fournit à la personne les éléments d'une analyse objective de son état de santé et de sa situation médicale. L'action informative du médecin concourt, donc, à la sensibilisation aux risques encourus, et à la détermination des pistes d'action susceptibles de répondre au cas pathologique que représente la personne. Mais, si le médecin favorise, par la délivrance d'une information exhaustive et qualitative, la prise de décision quant aux choix à opérer pour restaurer une santé altérée, celle-ci demeure la prérogative de la personne. En effet, dans ce cas de figure, c'est bien elle qui, à partir des éléments d'appréciation fournis par le médecin, détermine ce qu'il convient de faire ou de ne pas faire. Il est de son seul pouvoir de dénouer les antagonismes qui peuvent surgir et de les

concilier avec ses propres impératifs de vie. En conséquence, elle est à même de bâtir sa propre échelle de risques et de les hiérarchiser. On peut, donc, dire que l'exercice de l'autonomie consiste à pouvoir agir hors de la contrainte, de la soumission à une autorité, du respect de prescriptions édictées par des tiers. Dans cette configuration, la personne autonome œuvre, en accord avec elle-même, en fonction de ses propres choix d'existence.

Mais, il s'avère, néanmoins, que la prise d'initiatives de la personne se heurte au pouvoir de la médecine technico-scientifique qui en suggère et en dicte les conditions. L'un des exemples les plus frappants de la propension de la médecine moderne à mettre sous contrôle la possibilité d'action autonome de la personne est, à mon sens, celui de l'incitation à la pratique de l'auto-mesure²³⁹. C'est, ainsi, rappelons-le, que la médecine en vient à mettre à la disposition du bien-portant une véritable ingénierie d'autodiagnostic de l'état de ses paramètres physiologiques. De fait, il me semble difficile de croire que, dans cette traque permanente de l'indice susceptible de révéler une pathologie, la personne soit encore capable de mener une existence autonome, affranchie de cette acuité exacerbée vis-à-vis de son état physique. Il est à souligner, au passage, que cette approche médicale pose, désormais, la question du lent et inéluctable déclin de la clinique au profit de l'autodiagnostic pratiqué par la personne. On peut légitimement se demander, par ailleurs, si le bien-portant qui procède à l'autocontrôle de sa santé est, réellement, en mesure de déterminer, à partir de ses propres observations, ce qui appartient à la normalité ou ce qui est du ressort du pathologique. Au demeurant, ce processus d'autocontrôle ne m'apparaît pas être de nature à favoriser le bien-être de la personne. Il contribue plutôt, à mon sens, au développement chez elle d'un sentiment d'inquiétude sur fond d'incertitude.

Nous devons bien convenir qu'il arrive que la personne ne puisse pas entrer dans un processus thérapeutique du fait même de ce que peut révéler l'intervention du médecin. Une telle prise de position constitue un sujet d'étonnement dans la mesure où le rôle de la

²³⁹ Notons qu'elle se trouve favorisée par la facilité d'accès à des appareils comme, par exemple, les cardio-fréquence-mètres, les compteurs caloriques, les tensiomètres, les glucomètres.

médecine est, précisément, de secourir un être humain en détresse. Nous devons à Sartre d'avoir mis en évidence les motifs susceptibles d'expliquer qu'une personne puisse être amenée à refuser la confirmation d'une éventuelle présence de la maladie par un tiers qualifié :

« Ainsi, l'ignorance elle-même comme projet est un mode de connaissance puisque, si je veux ignorer l'Être, c'est que j'affirme qu'il est connaissable. T., risquant d'être malade et craignant d'avoir la tuberculose, refuse d'aller voir le médecin. Car celui-ci peut évidemment la délivrer de ses craintes, mais aussi les vérier. En ce cas la tuberculose possible se précise, surgit dans l'univers avec sa densité, se manifeste à travers les radios, les analyses, devient le sens des apparitions jusque-là isolées (fièvres, etc.). Elle est. Mais si T. ne va pas consulter le médecin, nous avons un fait complexe de minimisation d'être, qu'il faut décrire : si l'ignorance pouvait être totale (si elle pouvait même ignorer qu'il y a une tuberculose possible), à la limite la tuberculose réelle demeurerait circonscrite dans cet être que l'on peut aussi bien considérer comme néant d'être. Elle serait, sans être pour personne ni pour soi. N'étant pas prise en considération, elle n'obligerait pas à traiter avec elle, elle ne contraindrait pas T. à se choisir en face d'elle, à l'assumer, à prendre ses responsabilités de tuberculeuse. Vérier, c'est créer ce qui est. T. refuse de prendre la responsabilité de faire accéder au monde humain ce qui n'a que l'existence larvaire d'un monde souterrain et nocturne. Elle refuse de se choisir tuberculeuse et de créer librement la tuberculose. Elle insiste donc sur le facteur « créer » dans la formule « créer ce qui est », et laisse tomber le facteur « être » ; elle s'effraie devant ses responsabilités (vis-à-vis d'elle-même – dans d'autres cas ce pourra être vis-à-vis des autres) et devant sa liberté créatrice. Donc, en un sens [...] la peur de la vérité est peur de la liberté. Le savoir m'engage comme complice du surgissement de l'Être dans le monde et me met en face de responsabilités nouvelles. [...] Revenons à T. Elle ne prétend pas que la tuberculose soit supprimée par son ignorance mais seulement qu'elle ne sera pas intégrée au monde où s'achève tout être, au monde humain. [...] A la limite, la tuberculose tuera mais la mort est

l'achèvement parfait de l'ignorance, puisque la mort est le phénomène qui me concerne et dont par principe je ne suis pas témoin : il n'y a pas pour moi de vérité de ma mort²⁴⁰ ».

Il apparaît, donc, que choisir d'ignorer l'éventualité de la maladie signifie que, pour la personne, elle est susceptible d'exister, c'est-à-dire d'être réelle. De fait, ne pas savoir revient à maintenir la maladie à l'état de virtualité, d'inexistence. Or, la personne éprouve des manifestations physiques, la fièvre dans l'exemple utilisé par Sartre, qui constituent la trace indicielle de la présence de la pathologie. Aussi, en choisissant de ne pas recourir au diagnostic d'un tiers qualifié, la personne élude la question de la signification du symptôme. Elle manifeste un déni de compréhension et s'interdit de traiter efficacement la cause de sa fiébrilité. La crainte de ce que le diagnostic est susceptible de révéler l'emporte, par conséquent, sur le souci de sauvegarder ce bien premier qu'est la santé. De fait, la personne diffère la reconnaissance de son état de malade et des conséquences qui l'accompagnent. Elle laisse, donc, dans ce cas, la pathologie s'exprimer librement et s'amplifier ; ce qui revient, pour la personne, à entrer dans un processus de nature à compromettre une éventuelle guérison. Certes, nous devons bien concéder que la personne a toujours la possibilité de ne pas créer librement sa maladie, et de constituer l'ignorance en mode d'existence jusqu'à son terme ultime, la mort.

Il est, également, à souligner que, pour pouvoir s'affranchir de la formulation du diagnostic par un tiers qualifié, la personne se doit de créer des interférences. Ainsi, le chemin qui la conduit vers la consultation du médecin va, alors, se trouver obstrué par une impérieuse raison supérieure dont le véritable objet est de différer la reconnaissance de l'état de malade et l'entrée dans un protocole de soin :

« L'ensemble des opérations possibles (aller chez le médecin, se soigner, etc.) sera barré par d'autres opérations perpétuellement projetées. Mais comme il convient que le malade ne se rende pas compte qu'il ne veut pas aller chez le médecin (car cela supposerait une décision claire vis-à-vis de sa maladie et une prise de responsabilités), ces opérations interférentielles

²⁴⁰ Sartre Jean-Paul, *Vérité et existence*, Paris, Gallimard, 1989, p.69-70-71.

doivent lui apparaître comme indépendantes de sa volonté : il se fait empêcher d'y aller. Par exemple il crée pour les besoins de la cause un système de valeurs tel qu'il est plus important d'aller chez cet ami que d'aller chez le médecin ou bien l'urgence du monde le presse : il ne peut pas aller chez le médecin, il n'a pas le temps²⁴¹ ».

Il convient, également, de prendre en considération le fait que la mise à distance de la médecine technico-scientifique par la personne s'explique par des facteurs comme la méfiance, le manque de confiance, la crainte qu'un éventuel acharnement thérapeutique ne soit générateur de souffrances supplémentaires.

Néanmoins, chacun s'accordera à reconnaître que l'attitude qui est la plus communément observée est de choisir de s'en remettre aux bons soins d'un tiers de confiance savant ; en règle générale, le médecin. S'il est vrai que faire appel à un thérapeute traduit le fait que le malade n'a aucun doute sur sa pratique thérapeutique et son efficacité, force est de constater qu'à l'ère moderne, il se doit d'observer une certaine prudence. En effet, il est notable que les intérêts du malade et du médecin peuvent entrer en conflit. Si le malade recherche dans la pratique médicale une restauration de sa santé, une amélioration de sa qualité de vie et l'accès à un certain niveau de bien-être, nous devons bien admettre que le médecin vise, lui, la rationalisation de son intervention sous l'angle technico-économique ; ce qui signifie la recherche d'une moindre consommation de ressources tout en garantissant un niveau de bien-être minimal au malade. Mais, il n'en demeure pas moins vrai que, seul, celui qui dispose d'un savoir médical et qui sait l'utiliser est à même de réduire l'incertitude que génère la situation pathologique rencontrée par la personne. En ce sens, c'est bien : « *le médecin qui procure la santé* ²⁴² ». En effet, a priori, personne mieux que lui ne peut aider un malade à parvenir à la guérison ; mais, dans la limite, naturellement, de ce que sait faire la médecine à un instant donné, et à la condition que le médecin n'ait pas un comportement

²⁴¹ *Ibid.*, p.81.

²⁴² Aristote, *De la Génération et la corruption*, II-9, 335b21, trad. M. Rashed, Paris, Les Belles Lettres, 2005, p.75.

d'inertie²⁴³ vis-à-vis du cas clinique que représente son patient. Par conséquent, on peut légitimement penser qu'un lien particulier va se créer entre le malade et le thérapeute.

A cet égard, il est important de souligner que le malade ne s'adresse pas à n'importe quel médecin. En effet, son choix repose, à mon sens, sur une conviction forte : celui à qui il fait appel est, à ses yeux, un bon médecin. Cette certitude s'établit, de fait, sur la base d'une confrontation entre les connaissances, les témoignages, les jugements apportés par des tiers et la culture, les représentations, les croyances du malade. Il est important, par ailleurs, de souligner que l'acceptation du diagnostic, la décision d'observer la prescription du médecin, celle de le consulter à nouveau, dans l'éventualité où la nécessité s'en fait sentir, sont des attitudes liées au jugement rétrospectif que la personne porte sur sa relation avec le thérapeute. Remarquons que l'opinion qu'elle se forge peut-être confirmée ou invalidée par les échanges qu'elle peut avoir avec ses proches sur l'attitude empathique du médecin, sur la qualité de son diagnostic, sur la valeur de sa prescription.

Mais, à mon sens, nous devons considérer que, paradoxalement, faire appel à un médecin est, selon toute vraisemblance, au moins en partie, une attitude de renonciation devant les exigences qu'imposent la pathologie et la condition de malade. De prime abord, il apparaît, en effet, que le fait de se reposer entièrement sur l'intervention d'un tiers qualifié est une manière, pour le malade, de s'exonérer de l'indispensable travail sur lui-même que requièrent les manifestations de la pathologie : « L'autorité du médecin est la bienvenue pour lui [il s'agit du malade] car elle le dispense de réfléchir par lui-même et de prendre ses responsabilités²⁴⁴ ». Cette remarque perspicace de Karl Jaspers semble bien indiquer que le recours au médecin, avant d'être une nécessité vitale, peut constituer une commodité pour le malade. En ce sens, on peut penser que le discours énonciatif et prescriptif de l'autorité médicale désactive le sens critique du patient et consacre, ainsi, une forme d'abandon de soi.

²⁴³ Il arrive, manifestement, que des médecins ne suivent pas les recommandations de bonne pratique de la médecine basée sur les faits. Par conséquent, cette attitude constitue un obstacle à l'efficacité des soins dispensés au malade.

²⁴⁴ Jaspers Karl, *Essais philosophiques, op.cit.*, p.144.

Or, à l'examen, il semble bien que cette approche de ce qui constitue le fond de la relation thérapeutique soit quelque peu réductrice.

A l'évidence, la relation thérapeutique est l'instance de confrontation de deux singularités. En effet, nous devons reconnaître que le malade n'est pas un être de pure passivité. Il est, certes, en demande de soin, de soulagement de ses souffrances, de rétablissement de sa santé et, pour lui, bien évidemment, il y a un intérêt vital à ce qu'elles soient satisfaites. Néanmoins, c'est bien le malade et, lui seul, qui détermine la manière dont il va utiliser l'offre de services de son médecin. Cette prise de position est celle que Georg Groddeck caractérise comme le tournant singulier de la relation thérapeutique, et qui, de fait, consacre l'inversion du sens du lien qui existe entre le patient et son médecin : « [...] le malade devient médecin et décide seul de ce qu'il veut faire des services de son serviteur, et même, s'il est du tout disposé à les accepter²⁴⁵ ».

Aussi, il va de soi, me semble-t-il, que la pratique du thérapeute doit être empreinte d'un sens du relationnel et d'une attention permanente s'il veut que son patient utilise effectivement ses services. Il convient d'observer que, dans ce cas, l'appropriation par le malade des éléments diagnostiques et thérapeutiques qui lui sont fournis met un terme provisoire à l'intervention du médecin. Il n'est, en effet, désormais, plus en mesure d'influencer l'attitude du malade. Mais, nous devons convenir que, dans le cadre de la relation avec son médecin, le patient se doit d'exercer une certaine vigilance dans la mesure où la nécessaire neutralité du thérapeute n'est qu'apparente. Il faut bien voir qu'en réalité le malade a affaire à ce que Michael Balint appelle la « fonction apostolique » du médecin qu'il définit ainsi :

« [...] tout médecin possède un ensemble de croyances assez fermes concernant les maladies acceptables et celles qui ne le sont pas, la quantité de douleurs, de souffrances, de peurs et de privation que doit pouvoir supporter le patient, le moment à partir duquel il a le droit de

²⁴⁵ Groddeck Georg, *La maladie, l'art et le symbole*, trad. Roger Lewinter, Paris, Gallimard, 1969, p.148.

demander à se faire aider ou à être soulagé, jusqu'à quel point il peut se reposer sur son environnement et sur qui en particulier, etc...²⁴⁶ ».

Est, ainsi, mis en évidence, le fait que le médecin possède une approche normative du cas pathologique que représente son patient. Elle repose sur des convictions quant à la nature de la maladie, au degré de tolérance du patient par rapport à ce qu'induit la pathologie, à l'aide et aux soins que le malade est en droit d'attendre. L'art du thérapeute consiste, alors, à favoriser chez le malade l'abandon de ses propres convictions au profit de celles qui sont les siennes quant à la représentation de la maladie et à ses implications.

Mais, il existe au moins un élément sur lequel le thérapeute n'a aucune prise. Il s'agit de la volonté de guérison du malade²⁴⁷ dont la puissance peut être telle qu'elle est en mesure d'éclipser le pouvoir du médecin. Il est à remarquer que la complexité de la relation thérapeutique se manifeste, aussi, lorsque le malade fait appel à un médecin pour des raisons qui n'ont que peu à voir avec la guérison de troubles qui sont la source de ses souffrances. Dans ce cas, nous devons reconnaître que le patient se livre à une instrumentalisation de son médecin. On peut dire qu'il l'utilise à contre-emploi. L'art médical est, alors, convoqué, par exemple, dans le seul but de permettre au malade de se convaincre que sa maladie est inguérissable. On peut, dans ces conditions, considérer que la relation thérapeutique repose sur un vice constitutif originaire dans la mesure où le malade y déploie une stratégie qui vise à mettre le médecin en échec comme l'a, fort justement, analysé Sartre :

« [...] le malade se décide volontairement à venir trouver le psychanalyste pour être guéri de certains troubles qu'il ne peut plus se dissimuler ; et, du seul fait qu'il se remet entre les mains du médecin, il court le risque d'être guéri. Mais d'autre part, s'il court ce risque, c'est pour se persuader à lui-même qu'il a tout fait en vain pour être guéri et, donc, qu'il est inguérissable. Il aborde donc le traitement psychanalytique avec mauvaise foi et mauvaise volonté. Tous ses

²⁴⁶ Balint Michael, *Sexe et société*, trad. Jeremy Oriol, Paris, Éditions Payot & Rivages, 2011, p.216.

²⁴⁷ Groddeck Georg, *La maladie, l'art et le symbole*, op.cit., p.150.

efforts auront pour but de le faire échouer, cependant qu'il continue volontairement à s'y prêter²⁴⁸ ».

Se pose alors, me semble-t-il, la question de savoir, au regard de la nature de la relation thérapeutique et des enjeux qu'elle représente pour le malade et le médecin, si le bon patient est, aux yeux du médecin, celui qui épouse ses convictions, et si le bon médecin, pour le patient, est celui qui entre dans son jeu et satisfait ses moindres désirs. Il est, également, à remarquer qu'accepter un protocole de soins n'implique pas, nécessairement, que la personne s'en tienne, sur la durée, à une stricte observance des prescriptions médicales. En effet, si le malade juge que l'amélioration de son état est trop lente, que le traitement n'apporte pas suffisamment rapidement les bienfaits escomptés, s'instille, alors, naturellement, un doute sur son efficacité. On comprend que, dans ces conditions, cette défiance est de nature à ouvrir une faille dans la relation thérapeutique, et qu'elle peut, par conséquent, constituer le terreau de l'inobservance qui est, à l'évidence, une attitude susceptible de compromettre la guérison.

Par ailleurs, il semble bien que l'intervention du tiers-savant qu'est le médecin conserve une utilité propre pour la personne qui se soigne par elle-même, ne serait-ce que pour bénéficier d'un regard et d'une analyse distanciée sur son mode de vie :

« Prescrire à l'aveuglette de la digitaline quand quelqu'un à des battements de cœur irréguliers et qu'il est hydropique, ordonner un régime lacté et le repos total quand les jambes sont envahies d'œdèmes, n'importe quel profane saurait le faire, nul besoin d'être médecin pour cela. Mais l'art du médecin consiste à discerner et à supprimer dans les mille facettes d'une vie, les erreurs commises dans cette même vie²⁴⁹ ».

Nul doute que la personne qui se veut autonome soit, malgré tout, toujours en quête d'une confirmation de ses choix d'existence par autrui ; ne serait-ce, par exemple, que pour vérifier qu'ils sont en adéquation avec l'identité sociale produite par sa communauté d'appartenance.

²⁴⁸ Sartre Jean-Paul, *L'Être et le Néant*, op.cit., p.519.

²⁴⁹ Groddeck Georg, « *NASAMECU* » la nature guérit, op.cit., p.105.

A titre conclusif, nous pouvons poser comme principe que la santé est le premier des biens que chacun possède, et que sa présence conditionne la possibilité d'atteindre une plénitude existentielle. En conséquence, il est légitime de penser que la conduite naturelle consiste pour chacun à se donner les moyens de la préserver. Dès lors, on peut considérer qu'adopter une attitude de neutralité dans l'approche, le traitement et la résolution de la problématique du maintien de sa santé revient pour la personne à hypothéquer ses potentialités d'action, et à renoncer à établir un certain niveau de bien-être. Mais, si l'action individuelle est nécessaire, elle est, néanmoins, contrainte. Elle est, en effet, soumise aux effets de facteurs que la personne n'est pas en mesure de maîtriser complètement comme, par exemple, ses caractéristiques héréditaires. Néanmoins, nous devons bien convenir que, pour se maintenir en bonne santé, l'homme moderne dispose d'une somme de connaissances inégalées, constituée par la médecine technico-scientifique, sur les modalités de fonctionnement des mécanismes physiologiques et psychiques de son organisme, sur les effets des comportements délétères qu'il est susceptible d'adopter, sur la toxicité de certains éléments présents dans l'environnement.

Mais, il faut bien rappeler que l'accès à une information pertinente, propre à lui éviter de s'exposer à des facteurs nuisibles pour sa santé et de choisir des comportements inappropriés, nécessite, de la part de la personne, un regard réflexif et discriminant. Elle peut, certes, s'en remettre à un hasard bienveillant susceptible de l'exonérer des affres de la maladie. Mais, la certitude de demeurer en bonne santé repose, essentiellement, sur sa capacité à s'en préoccuper, et à prendre les mesures préventives et conservatoires adéquates. Se soigner par soi-même, c'est, par voie de conséquence, disposer d'une information pertinente sur l'existence d'un risque, et agir pour s'en prémunir. Ainsi, la personne est en mesure de le mettre à distance par le recours à une technique comme la vaccination, ou par l'adoption d'une hygiène de vie.

Par ailleurs, il est à remarquer, qu'à l'ère moderne, la définition de ce qu'est l'hygiène de vie ne repose pas uniquement sur ce que la personne éprouve empiriquement comme bon

ou mauvais pour sa santé. En effet, il faut rappeler que la médecine technico-scientifique est extrêmement prescriptive à partir des éléments qu'elle a définis comme bon ou mauvais pour l'organisme. C'est pourquoi se soigner par soi-même consiste, également, pour la personne, à faire preuve de vigilance et à utiliser intelligemment les ressources de la médecine. Elle se doit, par conséquent, de trouver une juste mesure. Ainsi, si entrer dans une pratique systématique de dépistage est excessif, il n'en demeure pas moins vrai que le fait pour la personne de ne pas se soumettre à la détection précoce d'une maladie constitue pour elle une perte de chance. Il faut bien reconnaître que vivre pleinement, c'est-à-dire au sens où l'existence n'est pas altérée par une santé déficiente, suppose d'être en capacité de développer une aptitude particulière qui consiste à savoir prendre soin de soi. Ainsi, nous pouvons rappeler que la personne a la possibilité de s'épargner nombre de maux si elle adopte une constance dans son mode de vie, si elle bannit l'habitude, si elle manifeste une ouverture sur le monde et une capacité à en saisir les richesses. De la même manière, elle possède, à mon sens, la faculté de se prémunir de l'instabilité de son caractère par son affermissement, et de se trouver, ainsi, dans la meilleure disposition qui soit pour affronter les vicissitudes de son existence. Prendre soin de soi consiste, alors, à porter un intérêt aux processus permanents, parfois à la limite de la perceptibilité, qui affectent l'organisme afin de pouvoir, dans la mesure du possible, prévenir les troubles susceptibles d'intervenir et d'en faciliter le traitement. Il apparaît bien, par conséquent, que prendre soin de soi est l'attitude qu'il convient d'adopter pour ne pas avoir à se soigner.

Néanmoins, l'irruption, toujours possible, de la pathologie oblige, alors, la personne à prendre position, c'est-à-dire à se soigner. En présence de ce cas de figure, la personne élabore la réponse qui lui semble la plus appropriée. De fait, plusieurs options sont possibles : ne rien faire, faire appel à la médecine technico-scientifique, ou la mettre à distance et expérimenter des voies alternatives. Mais, confrontée au vécu de la maladie, la personne ne peut compter que sur ses seules ressources, étant donné que la médecine n'a pas la capacité d'intervenir sur l'expérience existentielle que constitue la pathologie. De fait, il faut bien

reconnaître qu'être malade, c'est faire l'apprentissage de la vie au plus près de son angle de fuite. Il n'est pas contestable que vivre sous l'emprise de la pathologie, c'est-à-dire gérer ses effets, approfondir la connaissance de soi dans cette circonstance particulière, réagir, se construire en dépit des éléments de dislocation qui opèrent sur l'organisme, est un travail qui ne peut pas être délégué. Il appartient en propre au malade, même s'il peut bénéficier, à l'évidence, de l'aide de tiers.

Par ailleurs, force est de constater qu'à l'ère moderne, la santé est, en règle générale, pour les personnes, une préoccupation constante. Aussi, il est demandé à la médecine technico-scientifique de lever tous les obstacles susceptibles de la compromettre, et de permettre à chacun de vivre le plus longtemps possible à l'abri des maladies et des altérations du temps. Or, cette attente formulée vis-à-vis de la médecine moderne occulte le fait que la santé appartient en propre à chaque personne. En conséquence, il lui revient bien de déterminer ce que doit être sa vie, et ce qu'elle est prête à supporter pour établir ou maintenir les conditions d'existence qu'elle a choisies. C'est pourquoi on peut, me semble-t-il, considérer que le fait même de prendre soin de soi et de s'administrer les soins appropriés constitue, pour la personne, la voie privilégiée pour tenir à distance le danger et conjurer le malheur. En ce sens, l'attitude qui est celle de se soigner par soi-même apparaît bien comme une action salutaire qui nécessite d'utiliser sa raison pour asseoir une sûreté de jugement sur ce qu'il convient de faire. Dès lors, nous pouvons affirmer que, si la personne décide de se soigner par elle-même, elle affiche une conviction forte qui est celle de croire en ses propres ressources et en ses propres possibilités. Se soigner par soi-même devient, par voie de conséquence, le signe intangible de la confiance que la personne exprime vis-à-vis d'elle-même.

Mais, à l'ère moderne, l'existence même de la médecine technico-scientifique apporte, à mon sens, une coloration particulière à l'idée de se soigner par soi-même. En effet, la personne n'est plus seulement confrontée à la répétition du même, c'est-à-dire au retour cyclique de la maladie, et à l'utilisation de remèdes éprouvés par elle ou préconisés par des

tiers de confiance. Elle doit, en effet, affronter des mises en situations singulières opérées par la médecine moderne elle-même.

2-2 La création appliquée au soin :

C'est ainsi que vieillir sans déclin, vivre avec une maladie de compagnie et affirmer son identité après un acte chirurgical réparateur sont, de fait, autant de situations inédites et emblématiques où la personne est en prise avec la médecine technico-scientifique, et où elle n'a pas d'autre choix que de mobiliser, et d'utiliser ses propres ressources, essentiellement constituées, à mon sens, en un agir créatif, pour espérer pouvoir les surmonter. On peut, en effet, penser, à bon droit, qu'à la singularité de la situation doit nécessairement correspondre l'originalité de la réponse. Aussi, nous pouvons, d'ores et déjà, en déduire que la capacité à agir de manière créative implique l'existence d'une disposition d'esprit particulière, et présuppose, également, que la personne ne soit pas totalement submergée par l'angoisse, paralysée par la douleur, ou anéantie psychiquement. A l'évidence, la présence de facteurs de dislocation dans l'existence de la personne exige, de sa part, un sursaut pour se maintenir dans le champ des possibles à actualiser, c'est-à-dire dans un horizon existentiel ouvert. A mon sens, c'est bien dans cette aptitude à concrétiser des potentialités en utilisant des voies originales, en dépit des vicissitudes de l'existence, que se révèlent les ressorts profonds de chacun :

« La personne humaine est un être capable de tirer de soi-même plus qu'il n'y a effectivement (actually) en lui, chose à peine intelligible dans le monde matériel, mais qui existe dans le monde moral. Par un léger effort de volonté, nous pouvons tirer beaucoup de cette manière ; par un grand effort de volonté nous pouvons tirer indéfiniment. Il est au pouvoir de la personne de s'étendre, de s'augmenter, et même en partie de se créer. Un mouvement en avant continu, qui ramasse la totalité du passé et crée le futur, telle est la nature essentielle de la

personne. Cette nature ne peut être exprimée convenablement qu'en termes de changement²⁵⁰ ».

Aussi, pour moi, il est possible d'avancer l'idée que l'incapacité manifestée par la personne à élaborer une réponse qui lui est propre, dans une situation de crise, signe l'altération du sentiment d'existence dans la mesure où elle n'agit pas dans le sens de la maîtrise des éléments de sa vie. Par conséquent, on voit bien que la personne se doit d'être attentive aux risques que lui font courir la médicalisation de l'existence et son corollaire qui est l'accès au marché des produits et des services médicaux, ainsi que l'assujettissement irraisonné aux normes. A mon sens, la conjuration de ces menaces passe nécessairement par le déploiement d'un agir créatif qui est, alors, à comprendre comme la quête de voies nouvelles à explorer.

Ainsi, si nous nous référons à la pratique sportive moderne, l'analyse montre qu'elle se conçoit comme l'adoption d'un comportement normatif qui consiste à la placer sous le signe de la performance. Il est à noter que le privilège qui est, ainsi, accordé à l'exploit, aux records à battre, conduit, en toute logique, le sportif à rechercher dans les substances médicamenteuses l'artifice qui va lui permettre d'aller au-delà de ses limites physiologiques. Cette conception de l'activité sportive me semble comporter une double conséquence pour celui qui l'adopte ; d'une part, la matérialisation d'un risque pour sa santé, et, d'autre part, la perte du sentiment d'exister. En outre, il apparaît bien que l'obsession de la performance tend à occulter la capacité à appréhender la véritable dimension de l'activité sportive, telle qu'elle est, par exemple, décrite par le cycloportif qu'est Jean-François Balaudé :

« Rares vraisemblablement sont les cycloportifs qui conçoivent leur pratique comme une pratique spirituelle, mais je crois pouvoir affirmer que la pratique cycloportive, comme toute pratique sportive de haute intensité, comporte aussi, de fait, une dimension spirituelle. Car dans ces exercices à la limite, dans cette expérience de l'excès et du plaisir gagné sur la souffrance, dans cette métamorphose du corps qui redéfinit sa forme, la per-forme, c'est une

²⁵⁰ Bergson Henri, *Mélanges*, Paris, Presses Universitaires de France, 1972, p.1081.

épreuve du dépassement qui est faite - épreuve cruciale qui révèle, au niveau d'intensité auquel elle se situe, le travail parfois non-conscient qui s'opère en chacun de nous, de définition perpétuelle de soi à partir de ses limites, de création de soi dans la prise de risque, et l'avancée vers l'inconnu ²⁵¹ ».

A l'évidence, éprouver la limite de ce que son organisme est capable d'endurer implique pour le sportif de relever un défi vis-à-vis de lui-même. De fait, c'est bien la rencontre avec l'obstacle qui ouvre, pour la personne, la possibilité de pouvoir mobiliser des ressources inconnues, insoupçonnées de nature à lui permettre de poursuivre la création continue de soi. Aussi, on doit, à mon sens, considérer que la vie selon la norme n'est qu'une troncature de l'existence. Mais, il existe, pour moi, un cas plus représentatif encore de la dissolution du sentiment d'existence et de sa nécessaire reconquête ; c'est celui de l'avancée en âge.

A) Vieillir sans déclin :

On peut, en effet, considérer que le vieillissement constitue un défi que l'être humain se doit de relever. A l'évidence, les modifications physiologiques et psychiques induites par l'avancée en âge sont à la fois inéluctables et irréversibles, et elles affectent la valeur que la personne accorde à son existence. Aussi, se matérialise, pour la personne, me semble-t-il, un enjeu qui consiste à vivre en se saisissant des particularismes inhérents à ce moment singulier. Or, nous sommes amenés à constater que, dans ce mouvement qui consiste à tenter de vieillir sans déclin, la personne est confrontée à la médecine technico-scientifique qui se présente à elle, étrangement, sous un double visage. Il existe, en effet, deux disciplines médicales en prise avec le problème de l'avancée en âge : la gérontologie préventive et la médecine morphologique et anti-âge²⁵².

²⁵¹ Moreau Denis et Taranto Pascal (édité par), *Activité physique et exercices spirituels – Essais de philosophie du sport*, Paris, Vrin, 2008, p.167.

²⁵² Son apparition remonte aux années 1990 à la suite de la réaction de membres du corps médical américain, notamment Ronald KLATZ et Robert GOLDMAN, contre la lenteur de la gériatrie à développer les moyens de prévention des effets pathologiques du vieillissement et à les prendre en charge.

A l'examen, on peut établir que la gérontologie préventive s'appuie sur la progression des connaissances quant aux évolutions physiologiques qui affectent les organismes, en vue d'assurer aux personnes des conditions d'existence satisfaisantes. C'est ce qui, à mon avis, la légitime. Il serait, en effet, difficile d'admettre que les progrès réalisés dans la connaissance des mécanismes du vieillissement ne soit pas mis au service du bien-être de la personne. En conséquence, se pose la question de savoir à quelle utilité répond la médecine morphologique et anti-âge. Déjà, on peut affirmer que l'existence même de ce type de médecine suscite de légitimes interrogations. On comprend, en effet, difficilement que la lutte contre un processus physiologique irréversible puisse servir de fondement à une discipline médicale. S'il s'agit de prévenir et de contenir les effets du vieillissement, alors on ne voit pas ce qu'apporte la médecine morphologique et anti-âge par rapport à la gérontologie préventive dont les interventions poursuivent la même finalité. En fait, il faut bien voir, à mon sens, que la médecine morphologique et anti-âge est, surtout, une activité de mise en conformité avec des normes sociétales telles que la beauté, la jeunesse, la performance. Considérée sous cet angle, elle apparaît, alors, comme l'une des formes que revêt la marchandisation de la médecine. En effet, si on procède à une analyse du champ d'intervention de la médecine morphologique et anti-âge, on s'aperçoit qu'elle se saisit de tout ce qui a un rapport, qu'il soit de proximité ou qu'il soit distancié, avec le processus du vieillissement²⁵³. En fait, ce que l'on peut qualifier de médecine attrape-tout a comme seule justification le fait d'être en mesure de répondre à des désirs exprimés par des personnes. A l'évidence, nombre de ses domaines d'action au rang desquels on peut citer l'hygiène de vie, la pratique raisonnée des exercices physiques sont, de fait, à la portée de toute personne qui est capable de discernement.

Par conséquent, il apparaît bien que souscrire aux discours de la médecine morphologique et anti-âge, mettre en pratique ses prescriptions et utiliser ses moyens

²⁵³ A ce titre, nous pouvons, par exemple, citer : la physiologie, l'anatomie des tissus superficiels sous-cutanés, la nutrition, la psychologie, la morale, les modes de vie, les addictions, le stress, la sexologie, l'activité physique, les habitudes de consommation dans le domaine médical, les techniques permettant une amélioration de l'image corporelle, des capacités physiques et psychiques.

techniques ne contribuent pas à l'établissement d'un bien vieillir, mais conduisent plutôt la personne dans une impasse existentielle. Dès lors, on comprend bien que l'enjeu pour la personne est de prendre conscience que ce type de médecine ne répond pas à la problématique à résoudre et que, par voie de conséquence, elle se doit de construire son propre cheminement dans l'avancée en âge. A mon sens, cette action consiste, pour la personne, à élaborer sa propre réponse dans sa confrontation avec un processus physiologique naturel constitutif d'une expérience existentielle unique, non reproductible. C'est la raison pour laquelle, me semble-t-il, elle doit ouvrir la possibilité de s'inscrire, en se saisissant de ce processus naturel, dans une dynamique de création continue de soi, constitutive d'un vivre sans déclin. En effet, si chacun peut faire le constat qu'il vieillit, s'impose alors, à lui, la nécessité de comprendre qu'il n'est pas sous l'emprise d'une pathologie, mais qu'il est le siège d'un processus physiologique qui se caractérise par une transformation de son apparence corporelle, par une modification de ses capacités physiques et psychiques, et qui présente la particularité de s'imposer à lui dans la mesure où il ne dispose d'aucun moyen pour l'interrompre.

Il convient d'observer, par ailleurs, que la prise de conscience des changements qui s'opèrent en elle est de nature à porter la personne à penser que son existence est sur le déclin et que sa mort se profile à l'horizon. Par conséquent, la personne qui avance en âge se doit, à mon sens, de répondre à une problématique singulière qui est celle de pouvoir opérer la conciliation entre les métamorphoses qui affectent son corps et l'affirmation d'une vie dans la continuité, c'est-à-dire sans perte des éléments qui en font la substance. Aussi, est-il légitime de penser que l'action qui vise à établir ce rapport harmonieux ne peut être que du ressort de la personne, et non pas de la médecine morphologique et anti-âge qui vise à l'en décharger, dans la mesure où elle est, d'une part, celle qui éprouve les changements dans son organisme et, d'autre part, celle qui est la mieux à même d'en conjurer les effets. C'est pourquoi nous articulerons notre propos autour de l'examen de deux points. Dans un premier temps, il s'agira de s'interroger sur le sens de la coexistence d'une double médecine dont la prétention est d'établir un bien vieillir. Ensuite, nous explorerons les voies de nature à permettre à la

personne d'opposer au déterminisme physiologique, un projet de vie qui consiste à vieillir sans déclin.

Avant d'examiner plus avant le statut de la gérontologie préventive et celui de la médecine morphologique et anti-âge, il convient de rappeler et de souligner que l'avancée en âge est un processus physiologique, et non pas une pathologie. Ainsi, chacun peut aisément admettre que vieillir est une caractéristique inhérente à la nature humaine que nous partageons, d'ailleurs, avec le règne animal et végétal :

« Le vieillissement peut être caractérisé comme une altération progressive, « naturelle », de certaines modalités de fonctionnement de notre corps d'adulte, à mesure que s'écoule le temps. Comme une diminution de notre capacité à résister, à répondre et à nous adapter à notre environnement et à y puiser nos ressources. Et le vieillissement est associé, à mesure que nous prenons de l'âge, à une augmentation croissante de la probabilité de disparaître. Mais le passage de l'état de jeunesse à l'état adulte, et de la maturité au vieillissement s'opère à travers une succession de transitions floues, dont l'identification dépend de la nature des modifications que l'observateur est capable - et choisit - d'analyser²⁵⁴ ».

Il est aussi à remarquer que le processus physiologique évolutif que nous appelons la vieillesse ne constitue pas en soi un obstacle à un fonctionnement adapté de l'organisme.

Néanmoins, nous sommes amenés à reconnaître que la survenue de facteurs déstabilisants peut induire une situation de rupture lorsque les capacités de réserve, d'adaptation, de régulation du sujet qui avance en âge sont dépassées. Il est à noter que l'altération des capacités fonctionnelles au cours du vieillissement se produit à une vitesse variable d'une personne à une autre. Il est, en effet, établi que la manière de vieillir est liée aux conditions antérieures de l'existence de la personne. Elle est, par conséquent, en rapport étroit avec sa propre histoire. Nous devons, par ailleurs, souligner que le fait de conserver des capacités fonctionnelles importantes permet au sujet qui avance en âge d'avoir une

²⁵⁴ Ameisen Jean-Claude, *La sculpture du vivant, op.cit.*, p.347.

problématique de santé qui ne se différencie pas fondamentalement de celle d'une personne plus jeune.

Mais, ce qui doit retenir notre attention c'est, essentiellement, le fait que ce processus physiologique comporte une dimension existentielle. En effet, la vieillesse se solde par l'échéance ultime et redoutée de la destinée humaine que constitue la mort. A cet égard, l'évocation de la finitude de l'être humain nous donne l'occasion d'évoquer un fait surprenant et, à mon sens, insuffisamment mis en évidence, qui est que la mort est intimement liée au processus de la vie. Est, en effet, à l'œuvre, dans le vivant, ce que nous pouvons appeler une logique de contradiction :

« [...] où apparaît une espèce de coopération apparemment paradoxale entre ce qu'on croyait être des processus de vie, de développement et de croissance d'un côté, et ce qu'on croyait être des processus de mort, de vieillissement, de désorganisation de l'autre. Bichat disait autrefois : « La vie est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort ». Aujourd'hui, on aurait plutôt tendance à dire que « la vie est l'ensemble des fonctions capables d'utiliser la mort »²⁵⁵ ».

A la vérité, si la probabilité de sa survenue augmente pendant cette phase de l'existence, la mort n'est pas le privilège de la vieillesse, ni d'aucun âge de la vie d'ailleurs, puisqu'elle peut, rappelons-le, survenir à tout moment. Mais, il n'en demeure pas moins vrai que, pour la modernité, la personne qui avance en âge change de statut. En effet, force est de constater qu'elle n'est plus celle que consacrait la tradition, et qui était pourvue d'une sagesse qui s'était forgée au fil du temps et des expériences vécues.

Vieillir prend, désormais, une toute autre signification puisque, pour la personne, exister, à l'ère moderne, c'est avant tout être capable de s'intégrer dans un monde où règne l'accélération généralisée, et être une adepte du changement et de la nouveauté. Surtout, il est manifeste que le corps de la personne ne doit pas être porteur des marques du temps qui passe, étant donné que le vieillissement comporte une connotation négative qui s'explique par le fait

²⁵⁵ Atlan Henri, *Entre le cristal et la fumée-Essai sur l'organisation du vivant*, Paris, Éditions Le Seuil, 1979, p.278.

qu'il se caractérise, aux yeux de la modernité, par la réduction des capacités et des possibilités. En ce sens, avancer en âge c'est forcément être moins performant, disposer de moins d'énergie et, par voie de conséquence, avoir, par exemple, un degré d'employabilité moindre. On peut, donc, légitimement, penser que l'avancée en âge accentue l'éloignement vis-à-vis d'un modèle dominant, dans la société occidentale moderne, où la personne n'a d'existence reconnue que si elle est jeune, belle et dynamique. Ce désarrimage devient, alors, pour la personne, une épreuve douloureuse dont l'intensité est liée au degré de prestige conféré à ces valeurs.

De fait, le marqueur principal de l'avancée en âge est le changement d'apparence, visible par soi-même et par autrui. Aussi, la métamorphose induite par l'effet du temps incite le sujet à se percevoir comme un autre, étrange à lui-même, inquiétant pour autrui. En effet, l'être qui avance en âge donne à voir à autrui ce qu'il va devenir. Mais, néanmoins, il convient d'insister sur le fait que la disparition de la jeunesse du corps ne signifie pas, nécessairement, la dégradation de l'image de soi, et la perte de l'estime de soi. A mon sens, l'élément constitutif de ce qu'est la personne ne se trouve pas dans les métamorphoses de son corps, mais il s'enracine, plutôt, dans sa capacité à déployer un agir créatif en réponse à la présence d'éléments existentiels déstabilisants.

A l'évidence, la médecine technico-scientifique est, à ce jour, dans l'incapacité de soustraire la personne à l'évolution de sa condition physiologique ; bien qu'elle traite, avec un certain degré d'efficacité, les pathologies générées par le vieillissement. Il est à noter, toutefois, qu'elle s'inscrit dans un mouvement où elle ouvre des perspectives nouvelles dans la lutte contre le vieillissement. Ainsi, elle s'attache, désormais, à en traiter les causes²⁵⁶ identifiées. Mais ce n'est pas tout. La médecine technico-scientifique affiche, aussi, l'ambition, en utilisant les cellules souches, de créer des tissus vivants fonctionnels permettant de remplacer des tissus ou des organes endommagés ou de remédier à des maladies

²⁵⁶ Comme, par exemple, l'atrophie et la perte de cellules, les mutations dans le noyau cellulaire et dans les mitochondries, la sénescence cellulaire, les réticulations aberrantes dans le milieu extracellulaire, les déchets intra et extracellulaires.

congénitales. Enfin, remarquons que les biotechnologies laissent, désormais, entrevoir la possibilité de régénérer certaines “pièces” du corps humain.

Mais, le fait marquant demeure, pour moi, que la médecine moderne puisse aborder la problématique du vieillissement sous l’égide de deux disciplines distinctes. Il semble bien que la gérontologie préventive repose sur l’idée que si les capacités physiques et mentales de l’être humain déclinent irrémédiablement avec l’avancée en âge, il est, néanmoins, possible de prévenir et de traiter les pathologies afférentes. Par contre, l’émergence de la médecine morphologique et anti-âge consacre plutôt, rappelons-le, la constitution d’un segment de marché de l’industrie pharmaceutique et médicale en quête de nouveaux consommateurs à fidéliser. Par conséquent, on peut légitimement penser que, d’une part, les problèmes de santé liés à l’avancée en âge sont du ressort de la gérontologie et doivent être traités par cette discipline, et, d’autre part, que la médecine morphologique et anti-âge est un non-sens. Soulignons, une nouvelle fois, qu’en aucun cas la médecine n’est en capacité de faire disparaître une caractéristique physiologique comme le vieillissement. Aussi, il apparaît bien que si l’assertion anti-âge ouvre un espoir, une telle promesse ne peut pas être tenue puisqu’un être humain ne peut pas se soustraire au vieillissement. En conséquence, la personne se trouve dans l’obligation de devoir composer avec ce noyau existentiel irréfragable, en prendre possession et s’adapter, au fil du temps, à l’émergence de nouvelles conditions de vie.

Notons que si la médecine peut avoir une influence bénéfique sur les effets physiologiques du vieillissement, il n’en demeure pas moins vrai qu’elle n’est pas en mesure de se substituer à l’être humain pour s’y adapter. Se pose, par conséquent, à mon sens, la question de savoir si la médecine est en mesure d’apporter à la personne une aide réelle pour pouvoir vieillir dans des conditions physiologiques convenables ou si, au contraire, elle interfère avec la recherche nécessairement individuelle d’un vivre avec.

Lorsque nous avons affaire à la médecine morphologique et anti-âge, l'analyse montre que cette "discipline médicale" est plus orientée vers l'amélioration de la qualité de la vie que vers sa prolongation sans cesse augmentée. De fait, elle s'apparente plutôt à une activité qui joue sur les paramètres qui influent sur le bien-être éprouvé par la personne. Il est significatif, par ailleurs, de voir que la médecine morphologique et anti-âge n'a pas un fonctionnement autonome puisqu'elle s'appuie sur les apports de la médecine technico-scientifique. Ainsi, elle est amenée à prendre en compte les différents paramètres physiologiques, et les facteurs génétiques de la personne pour établir un état des lieux biologique et clinique qui lui sert de support pour dispenser des conseils personnalisés quant au mode et au régime de vie susceptible d'éviter à la personne de rencontrer des pathologies liées à l'âge. Mais, il convient d'observer que la médecine morphologique et anti-âge connaît, à l'heure actuelle, une évolution majeure dans la mesure où elle a pour projet de dépasser son ambition initiale. En effet, nous pouvons constater qu'elle poursuit ses efforts pour neutraliser les effets liés au processus physiologique du vieillissement en luttant contre toute forme de dégénérescence et contre les maladies liées à l'avancée en âge. A l'évidence, la réussite de cette action est, par voie de conséquence, de nature à ouvrir la perspective d'un allongement de la durée de la vie humaine au-delà de ses limites actuelles, mais aussi à assurer le maintien de l'organisme humain dans un niveau de performance fonctionnelle satisfaisant. Il apparaît bien que la stratégie qui est mise en œuvre consiste à détecter le plus précocement possible les moindres signes de vieillissement, et de traiter, sans délai, les problèmes de santé qui se posent par des interventions curatives et palliatives.

Si la médecine morphologique et anti-âge est bien une pratique individualisée, centrée sur la prévention, la détection, le traitement précoce des désordres et des maladies inhérentes à l'avancée en âge, en utilisant le progrès des connaissances scientifiques et l'amélioration des techniques médicales, alors, elle ne fait que dupliquer les activités de la gérontologie préventive. On peut, donc, légitimement, se poser la question de savoir si cette confusion est l'unique raison de sa prospérité ou si elle s'explique par d'autres facteurs. En fait, sous un

habillage technico-scientifique, c'est bien, à mon sens, la marchandisation de la médecine qui est à l'œuvre. Ainsi, le fait que la mise de l'organisme en maintenance préventive, par la traque des moindres signes de défaillance liés à l'avancée en âge, puisse devenir une prestation commerciale²⁵⁷ tend à le prouver. Mon sentiment est que la médecine morphologique et anti-âge s'appuie sur le constat que, pour la personne, vieillir prend une dimension particulière.

Cet âge de la vie est, en effet, il convient de le rappeler, celui qui la rapproche le plus assurément de la mort, et il semble bien, dès lors, que cette perspective soit constitutive d'un sentiment d'angoisse qui explique les tentatives faites pour échapper à ce signe de la finitude humaine. On comprend mieux, dans ces conditions, que la personne qui ne se résout pas à être un être-pour-la-mort entre dans la logique marchande de la médecine morphologique et anti-âge. On ne doit, donc, pas s'en étonner puisque les produits commercialisés sont porteurs d'une promesse évocatrice qui est celle d'endiguer les effets de l'âge, voire d'en opérer la réversibilité. Ainsi, la caractéristique de la médecine morphologique et anti-âge apparaît clairement. Sa vocation est d'opérer la dissolution de l'idée des âges bien définis de la vie marquée par des séquences singulières comme, par exemple, la vie active ou la retraite, au profit d'un continuum d'existence emprunt du sceau de la beauté immarcescible, de la jeunesse éclatante, de capacités inaltérables.

Nous devons reconnaître que l'ère moderne privilégie le changement au détriment de la stabilité et de la permanence. Cette caractéristique nous permet de comprendre que, pour l'homme moderne, le travail de l'apparence corporelle traduit ce mouvement constant de déconstruction et de construction identitaire. On peut, par conséquent, considérer que l'un des traits de la modernité est de valoriser ce qui est à accomplir, ce qui revient à affirmer la jeunesse comme capacité à actualiser des possibles. Dès lors, on voit bien que l'avancée en âge ne correspond pas à ce mode d'affirmation identitaire car elle renvoie à ce qui s'achève.

²⁵⁷ Ce type d'interventions figure dans le catalogue des prestations assurées par certains établissements médicaux.

De surcroît, plus la personne vieillit et plus ses possibilités de transformation identitaire se restreignent. On comprend, dès lors, le souci que peut éprouver la personne à maintenir son apparence corporelle. S'explique, ainsi, à mon sens, la prégnance de la médecine morphologique et anti-âge dont l'objet est d'éviter que le vieillissement puisse avoir prise sur le corps ; ce qui, par conséquent, favorise ce que l'on peut qualifier de remodelage identitaire. Mais, à l'évidence, la personne s'illusionne sur la capacité de la médecine à pouvoir figer les modifications que le temps apporte à son corps. En effet, l'efficacité commanderait que le geste soit répété indéfiniment dans une vaine quête pour rendre les altérations du temps intemporelles.

Il convient de souligner le fait que la médecine morphologique et anti-âge vise, par les services qu'elle propose, essentiellement les bien-portants. Par voie de conséquence, se pose la question des bénéfices et des risques réels que comporte la prescription de substances médicamenteuses à des personnes en bonne santé. On peut utiliser, pour illustrer cette problématique, l'exemple de la prescription d'un traitement hormonal substitutif de la ménopause. Il me semble que l'on retrouve dans cette pratique l'expression du pouvoir normatif du biopouvoir médical qui médicalise une évolution physiologique. On peut, donc, s'interroger sur la véritable nature d'une action qui vise à contrecarrer une évolution naturelle en rétablissant un taux hormonal qui correspond à celui d'une période antérieure de l'existence de la personne. Certes, la ménopause occasionne des désagréments, mais elle est un des éléments du fonctionnement hormonal du corps féminin. Ainsi, on voit bien qu'à travers la mise en œuvre d'un processus de médicalisation, la médecine morphologique et anti-âge contribue à établir l'idée de la réversibilité d'une évolution physiologique par l'absorption d'une substance médicamenteuse. Or, il faut bien admettre que celle-ci ne peut avoir au mieux qu'un effet sélectif sur un paramètre biologique particulier, sans lien d'évidence avec une amélioration organique globale ou le bien-être ressenti par la personne. En outre, nous ne devons pas oublier que, dans la conception que développe la médecine morphologique et anti-âge, il ne s'agit pas de disqualifier, mais, au contraire, de permettre

l'intensification de l'usage des corps ; ce qui implique, de fait, pour y parvenir, la médicalisation de l'avancée en âge.

On peut, légitimement, à mon sens, considérer que bien vieillir consiste à concilier, dans la durée, un haut niveau d'activité avec une bonne qualité de vie. L'avancée en âge réussie doit, par conséquent, se matérialiser par la présence d'une santé optimisée, par l'expression d'une vitalité débordante, par l'existence d'un corps performant. Remarquons que ce sont exactement les promesses qu'affiche la médecine morphologique et anti-âge. On peut, donc, en déduire qu'à l'ère moderne la «*belle vieillesse*²⁵⁸» évoquée, en son temps, par Aristote, n'est plus une aventure individuelle susceptible d'être soutenue, en cas de nécessité, par la gérontologie préventive. De fait, elle devient la mise en conformité avec les normes véhiculées par la médecine morphologique et anti-âge, et l'observance de ses prescriptions.

Alors, tout naturellement, nous pouvons penser que le fait de se reposer sur le corps médical pour tenter de bien vieillir revient, pour la personne, à se déposséder de sa capacité à établir ses propres conditions d'existence. Mais, nous ne devons pas oublier que l'avancée en âge peut être marquée par la coexistence d'éléments qui semblent antinomiques comme le fait de se sentir jeune et l'expérience d'une altération fonctionnelle. Dans ce cas, bien vieillir consiste à gérer cette discordance apparente. Par ailleurs, il faut bien voir que la focalisation excessive sur les modifications des paramètres physiologiques, et sur les changements d'apparence physique risque de masquer à la personne la présence d'éléments essentiels quant à la détermination d'un vieillissement sans déclin, comme par exemple, le fait que les activités de l'esprit sont intemporelles.

En ce qui me concerne, il me semble qu'à travers le processus du vieillissement, la personne est renvoyée à l'une des particularités de sa condition qui est qu'elle est entrée dans la vie sans la notice explicative du fonctionnement de son organisme, et des métamorphoses qui s'opèrent en elle au fil de l'existence. En fait, il apparaît clairement que le mode d'emploi

²⁵⁸ Aristote, *Rhétorique*, I-5, 1360b15-20, *op.cit.*, p. 154.

de l'organisme se rédige tout au long du parcours initiatique que constitue l'existence de la personne, avec, certes, l'aide, le cas échéant, de la médecine. On peut concevoir ce dévoilement progressif sous l'angle de l'idée aristotélicienne de totalité :

« Un tout, c'est ce qui a un commencement, un milieu et une fin. Un commencement est ce qui ne suit pas nécessairement autre chose mais après quoi se trouve ou vient à se produire naturellement autre chose. Une fin au contraire est ce qui vient naturellement après autre chose, en vertu soit de la nécessité soit de la probabilité, mais après quoi ne se trouve rien. Un milieu est ce qui vient après autre chose et après quoi il vient autre chose²⁵⁹ ».

Par conséquent, le moment constitutif de l'avancée en âge n'est pas, à mon sens, à concevoir comme une rupture, mais comme une liaison. Il est la marque de la continuité avec ce qui a précédé, et l'indication de l'ouverture vers ce qui est à venir. Aussi, cette séquence existentielle particulière que constitue l'avancée en âge ne doit pas, pour moi, faire l'objet d'une dévalorisation.

Ce moment singulier de l'existence constitue, pour la personne, un véritable défi qu'elle se doit de relever. En effet, il convient de rappeler, qu'en fait, l'avancée en âge se construit au long de l'existence, ne serait-ce que par le respect d'une hygiène de vie, non vécue comme une contrainte mais comme l'assurance d'une bonne santé future. On peut, en ce sens, dire que les conditions du vieillissement traduisent l'histoire personnelle de chacun, dans la mesure où l'état de santé d'une personne âgée résulte, à la fois, des effets du vieillissement et des conséquences additives des habitudes de vie, des maladies passées, chroniques ou aiguës. En outre, si l'avancée en âge génère, statistiquement, un risque plus grand d'être confronté à des pathologies plus ou moins invalidantes, il n'en reste pas moins vrai qu'un vieillissement sans déclin suppose le maintien de capacités fonctionnelles suffisantes. Or, nous devons bien admettre qu'au fil du temps, elles s'altèrent. Notons que cette dégradation se manifeste de manière aiguë lorsque le sujet est confronté à une situation où il utilise ses réserves fonctionnelles ; pensons à l'effort inhabituel, au stress, à la maladie

²⁵⁹ Aristote, *La Poétique*, 50b26, trad. Roselyne Dupont-Roc et Jean Lallot, Paris, Le Seuil, 1980, p.59.

grave. De fait, la diminution des réserves fonctionnelles induit une réduction de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations d'agression. De même, les systèmes de régulation des paramètres physiologiques perdent de leur efficacité au fil du temps. Mais, il est à noter que la réduction fonctionnelle liée au vieillissement est très variable d'un organe à l'autre. Si les fonctions motrices et sensitives centrales sont peu modifiées par l'avancée en âge, le vieillissement du système nerveux central se traduit par une augmentation des temps de réaction, et par une réduction modérée des performances mnésiques, notamment en ce qui concerne l'acquisition d'informations nouvelles.

Mais, il est à remarquer que si le vieillissement est un phénomène physiologique inéluctable, il n'en demeure pas moins vrai que chacun a la possibilité d'exercer une influence à la fois quantitative et qualitative sur le déroulement de ce processus singulier que constitue l'avancée en âge. Ainsi, il est manifeste qu'il existe des stratégies de conduite de l'existence qui sont de nature à contribuer au ralentissement du vieillissement. A cet égard, il suffit simplement de rappeler que la pratique d'une activité physique régulière préserve les fonctions cardio-vasculaire et respiratoire, et ralentit la diminution de la masse musculaire liée à l'avancée en âge. Mais, si la possibilité de maintenir le fonctionnement de l'organisme dans des conditions satisfaisantes existe bien, il faut, néanmoins, reconnaître que l'avancée en âge se construit sur une certaine fragilisation ; une agression minime de l'organisme suffit à en bouleverser l'équilibre. Par conséquent, vieillir sans déclin suppose que la personne soit en mesure d'adopter une attitude qui consiste à préserver et à renforcer cet équilibre, et à ne pas abandonner les activités qui mettent en jeu les capacités d'adaptation de l'organisme.

De fait, bien vieillir consiste pour la personne à prendre soin d'elle-même, c'est-à-dire à entretenir, voire à améliorer son capital physique, intellectuel et relationnel, à prévenir les maladies qui peuvent l'être, par la prise en charge précoce des pathologies ou des troubles qui sont susceptibles d'entraîner des désordres en chaîne dans les autres fonctions de l'organisme. On peut, donc, légitimement penser que la personne qui souhaite bien vieillir se doit, par conséquent, de préserver et de renforcer l'équilibre physiologique qu'elle a établi tout au long

de son existence. Mais, n'oublions pas que le déterminisme biologique demeure une contrainte, car c'est bien lui qui dispose du pouvoir, non susceptible d'être contrecarré, d'orienter l'existence de la personne vers telle ou telle voie.

Mais, à la vérité, l'avancée en âge est une situation inédite qui met l'être humain en position de devoir inventer la réponse existentielle qui lui semble la plus appropriée. Vieillir sans déclin apparaît bien comme un projet de vie ancré dans la volonté d'exister pleinement, c'est-à-dire de refuser de se soumettre aux seules manifestations du déterminisme physiologique. En conséquence, la personne se doit de développer l'aptitude qui consiste à concilier les métamorphoses du corps avec l'expression de sa singularité. En ce sens, on peut dire que vieillir est un processus de création continue où la personne élabore ses propres réponses dans sa confrontation avec l'inconnu, l'incertain, l'imprévisible. Mais, à mon sens, vieillir sans déclin consiste, également, à modifier son rapport au monde. En effet, l'avancée en âge élargit la dimension temporelle de l'existence de la personne. Le regard introspectif, réfléchissant, porte sur un temps de vie plus important, plus riche en expériences. L'être-dans-le-temps de l'individu se modifie, donc, dans la durée et s'actualise continûment. Par ailleurs, une évidence s'impose à nous. La mise en œuvre du projet qui consiste à vieillir sans déclin implique que la personne soit capable d'adopter l'attitude inverse de celle de Sartre :

« [...] j'ai toujours conçu mes écrits non comme des productions isolées mais comme s'organisant en une œuvre. Et cette œuvre tenait dans les limites d'une vie humaine. Mieux, par méfiance de la vieillesse, j'ai toujours pensé que l'essentiel en serait écrit pour mes soixante ans²⁶⁰ ».

Il faut bien reconnaître qu'une telle prise de position existentielle ne s'impose pas d'elle-même. En effet, comme nous l'avons vu, l'avancée en âge se vit, généralement, sous le mode restrictif. Par conséquent, la personne doit être à même d'exprimer de la confiance en ses propres capacités. A mon sens, ce qui est primordial, c'est qu'elle doit surtout être capable de mobiliser ce qui en elle n'est pas altéré par l'effet du temps, c'est-à-dire sa créativité. Si, en

²⁶⁰ Sartre Jean-Paul, *Les mots et autres récits autobiographiques*, Paris, Gallimard, 2010, p.165.

effet, le vieillissement physiologique est potentiellement menaçant, il est surtout l'expression du vivant de pouvoir opérer des métamorphoses : « Bref, ce qu'il y a de proprement vital dans le vieillissement est la continuation insensible, infiniment divisée, du changement de forme²⁶¹ ». On peut, donc, considérer que vieillir sans déclin, c'est résister à la tendance naturelle qui consiste, pour une personne qui éprouve sa fragilité, à restreindre d'elle-même l'exploration du champ des possibles, dans le but de limiter la prise de risques. Or, force est de constater qu'au contraire l'avancée en âge sollicite la capacité de la personne à savoir se mettre au diapason des transformations qui s'opèrent en elle. Il incombe, donc, nécessairement, pour moi, à la personne de se montrer créative pour pouvoir opposer à la finitude de sa condition, à une vulnérabilité qui se fait de plus en plus pressante, une intensité du vivre. En ce sens, il semble bien que l'avancée en âge soit une incitation à agir. En effet, la personne se doit d'établir un nouveau rapport à elle-même en assimilant et en utilisant, dans un processus d'invention de soi, les éléments produits à partir d'une corporéité structurée par les modifications induites par l'avancée en âge.

C'est bien ce mouvement qui permet à la personne de lutter contre les éléments de dissociation, de déstructuration auxquels elle est confrontée, et de maintenir, ainsi, la continuité d'une image satisfaisante de soi, toujours, néanmoins, susceptible d'être atteinte par le caractère d'irréversibilité inévitable du rétrécissement progressif de l'horizon temporel que constitue l'avancée en âge. Mais, il faut bien être conscient du fait que le déploiement de cet agir créatif est susceptible de subir des abrasions. Ainsi, la focalisation excessive sur le passé marque l'incapacité à exister dans le présent. Dans cette configuration, la personne utilise des schémas comportementaux éprouvés, et elle circonscrit, ainsi, son existence à ses investissements antérieurs. De fait, l'inscription de l'action dans la répétitivité fait que le sujet est hors d'état de pouvoir, lors d'une confrontation avec une situation inédite, apporter une réponse originale.

²⁶¹ Bergson Henri, *L'évolution créatrice*, *op.cit.*, p.19.

Ainsi, à l'évidence, vieillir sans déclin implique que la personne établisse un rapport réfléchi vis-à-vis de l'offre médicale qui vise, comme nous l'avons évoqué, à la mettre en accord avec les normes sociétales. Elle peut, ainsi, par exemple, choisir de permettre à sa peau de se rider plutôt que d'utiliser les ressources de la médecine morphologique et anti-âge pour lutter contre les stigmates de l'âge. Mais, plus fondamentalement, l'avancée en âge est un problème de conception existentielle qui consiste à lui attribuer une valeur positive. En ce sens, avancer en âge c'est opérer un renversement de perspective. Il s'agit d'emprunter non pas une voie descendante, mais un chemin ascendant. C'est, par conséquent, se déprendre de l'idée qui consiste à penser que l'avenir est désormais sans promesse, qu'il se rétracte à la mesure des altérations que subit l'organisme de la personne. Mais, c'est, surtout, à mon sens, l'acquisition et l'utilisation d'un savoir-faire particulier : « Savoir vieillir n'est pas rester jeune, c'est extraire de son âge les particules, les vitesses et lenteurs, les flux qui constituent la jeunesse de cet âge²⁶² ». Ainsi, l'existence est porteuse de sens pour autant que la personne qui avance en âge soit en mesure, non pas de se complaire dans le pastiche d'une vie déjà faite, mais d'élaborer et de réaliser d'authentiques projets. Dès lors, il apparaît bien que vieillir sans déclin consiste à utiliser, inlassablement, ses potentialités créatives. Aussi, il convient de rappeler, à titre d'illustration, que la pratique d'un art est de nature à permettre, à la personne, de vivre intensément l'avancée en âge : « Pour moi, j'ai pris tant de plaisir à composer ce livre qu'il a non seulement effacé tous les ennuis de la vieillesse, mais rendu même cette vieillesse douce et agréable²⁶³ ». Il est, également, à souligner que le simple fait d'occuper son esprit favorise le décentrement vis-à-vis d'une possible angoisse engendrée par le vieillissement :

« [...] quand on consacre toute son existence à ces recherches et travaux, on ne sent pas l'approche furtive de la vieillesse ; ainsi, progressivement et insensiblement, l'âge vieillit et, sans se briser soudain, il s'éteint à la longue²⁶⁴ ».

²⁶² Deleuze Gilles, *Mille plateaux*, Paris, Éditions de Minuit, 1980, p.340.

²⁶³ Cicéron, *Caton l'Ancien (De la vieillesse)*, I.2., trad. Pierre Wuilleumier, Paris, Société d'édition Les Belles Lettres, 1969, p.83.

²⁶⁴ *Ibid.*, p.105-106.

Vieillir sans déclin suppose, de surcroît, que la personne puisse porter sur la perspective de la mort un regard apaisé, en abandonnant l'impérieux désir de s'inscrire dans une durée existentielle infinie. A cet égard, il est salutaire, me semble-t-il, que la personne réfléchisse sur le fait que, dans l'économie du vivant, les processus de vie et de mort sont, comme nous l'avons mentionné, indéfectiblement liés :

« [...] toutes nos cellules possèdent, à tout moment, la capacité de déclencher leur autodestruction, leur mort prématurée, avant que rien, de l'extérieur, ne les détruise. C'est à partir de leurs gènes - de nos gènes - que nos cellules produisent des « exécuteurs » moléculaires capables de précipiter leur fin, et les « protecteurs » capables un temps de neutraliser ces exécuteurs. Et la survie de chacune de nos cellules dépend, jour après jour, de la nature des interactions provisoires qu'elle est capable d'engager avec d'autres cellules de notre corps, interactions qui seules lui permettent de réprimer le déclenchement de l'autodestruction²⁶⁵ ».

En conséquence, nous pouvons dire que vivre c'est être au cœur d'une combinatoire de mouvements de destruction et de reconstruction, c'est à la fois mourir et renaître. Mais, nous devons bien reconnaître que si l'ultime expression du déterminisme physiologique réside, en l'occurrence, dans la destruction de l'organisme vivant, il n'en demeure pas moins vrai que les modalités de cette disparition programmée ne sont pas, elles, fixées par avance :

« Nos corps affrontent l'usure, dans un combat perdu d'avance. Mais les modalités de la défaite – le moment et la manière ultime dont chacun d'entre nous, s'il a survécu aux accidents qui le menacent, se déconstruira – semblent ouvertes²⁶⁶ ».

Néanmoins, nous devons admettre que plus la personne avance en âge, et plus elle court le risque d'être confrontée à une altération, certes progressive mais constante, des capacités de fonctionnement de son organisme. Aussi, elle développera une propension, de plus en plus affirmée, à être atteinte par des pathologies graves. En outre, la capacité de l'organisme à réagir sagement aux variations du milieu n'est plus celle de l'âge adulte ; elle

²⁶⁵ Ameisen Jean-Claude, Le Blanc Guillaume, Minnaërt Eric, *Anthropologie du corps vieux*, Paris, Presses Universitaires de France, 2008, p.42-43.

²⁶⁶ Ameisen Jean-Claude, *La sculpture du vivant, op.cit.*, p.380.

est, de fait, plus lente et plus incertaine. Par conséquent, on peut penser que la présence plus marquée, au fil du temps, de ces facteurs de déstabilisation renforce, chez la personne, le sentiment de vulnérabilité et la conscience d'une existence désormais amoindrie. Or, il convient de rappeler que l'appréciation qualitative que l'on peut porter sur sa vie à l'aune du passé n'est pas un signe de vitalité. Aussi, bien qu'elle avance en âge, nous pouvons, néanmoins, affirmer, avec force, que la personne garde intacte sa capacité à découvrir le monde, à concevoir des projets, à entreprendre, à vivre de nouvelles expériences, à enrichir son savoir-faire.

Dans ces conditions, ce qui est à retenir c'est que vieillir sans déclin ne consiste pas à avoir comme unique préoccupation la mise à distance des stigmates et des éléments pathogènes qui marquent l'avancée en âge. Il me semble qu'au contraire il faille, clairement, affirmer que l'authenticité de l'existence repose sur la capacité de la personne à utiliser chacune de ses phases pour parvenir à une plus haute conscience de soi enrichie par les expériences, les rencontres, les sensations éprouvées. C'est bien la saisie de son existence dans la durée qui permet à la personne d'établir, à mon sens, une ligne de force dans la compréhension de soi, et qui lui permet, ainsi, de forger sa propre conception de la vie. A l'évidence, la présence de cette conscience de soi contribue à instaurer un agir créatif alimenté par l'ouverture sur le monde, la curiosité et l'intelligence des situations. Il apparaît bien, en effet, que le sujet n'est en mesure de s'inventer que dans un processus qui procède de la révélation de soi, et de la production d'éléments existentiels inédits. En conséquence, nous pouvons considérer que vieillir sans déclin consiste à concilier la présence conjointe de phénomènes de nature involutive et évolutive.

On voit bien que, dans ce cas, les promesses de la médecine morphologique et anti-âge ne répondent pas à la problématique existentielle de l'avancée en âge. De fait, pour la personne, souscrire aux discours et aux pratiques de ce type de médecine revient à vivre sous le signe de l'inauthenticité, et à ne pas comprendre l'inanité d'un bien vieillir dont l'assise repose sur une mise en conformité sociétale. Par contre, en opposition à cette vie que l'on

peut qualifier de clôturée sur elle-même, il apparaît bien que le déploiement de la capacité créative de la personne est de nature à lui permettre de s'affranchir du pouvoir normatif de la médecine moderne, et, par voie de conséquence, à favoriser l'émergence de modalités existentielles inédites. Il faut, en effet, rappeler que c'est bien à la personne, et à elle seule, qu'appartient la capacité à intégrer psychiquement un événement déstructurant, à se projeter dans un avenir incertain, à exprimer sa force de caractère, à faire preuve de vitalité, à impulser un élan créatif. Par conséquent, on voit bien que le phénomène physiologique de l'avancée en âge et sa portée existentielle ne sont pas de nature à paralyser ou à interrompre le travail d'enrichissement d'un moi qui est exposé à un dépaysement continu. En effet, même si son organisme a adopté une autre allure, s'il se joue moins facilement des obstacles qu'il rencontre, la personne se doit, nécessairement, de construire un nouveau rapport à elle-même, un nouvel être à soi. En dépit de la fragilité éprouvée de ses capacités, la personne doit se déprendre de l'idée d'une abdication de toute ambition, de tout désir. Bien au contraire, elle se doit de poursuivre le projet existentiel qui consiste à traverser chacun des âges de la vie en révélant et en libérant, par sa créativité, les possibles qu'il recèle.

Après cette évocation du rôle de la médecine moderne quant à la détermination de la manière de vivre une évolution physiologique naturelle, et l'examen des moyens à la disposition de la personne pour tenter de se soustraire à son influence, nous allons, maintenant, poursuivre notre analyse en nous intéressant à l'existence d'un cas de figure singulier, celui de la maladie chronique, où le corps médical incite le patient, volontaire, à se soigner par lui-même.

B) Vivre avec une maladie de compagnie :

« Cette maladie, c'est comme la compagne idéale. Pour la vie. D'une fidélité sans faille. Une relation passionnée et éternelle. C'est une maladie chronique²⁶⁷ ».

²⁶⁷ Marin Claire, *Hors de moi*, Paris, Editions Allia, 2008, p.10.

Claire Marin souligne, ainsi, la singularité de l'aventure existentielle que constitue la maladie chronique. Rappelons que l'existence même de la *maladie de compagnie* traduit, d'une part, la capacité de la médecine technico-scientifique à rendre chronique une pathologie autrefois mortelle ; et, d'autre part, elle est le signe de son impuissance, dans certains cas, à obtenir une guérison. Il convient d'insister sur le fait que cette pathologie s'inscrit durablement, voire définitivement, dans l'horizon de vie de la personne qui en est atteinte. Par conséquent, elle ne se conçoit pas comme une simple parenthèse dans son existence, comme peut l'être une pathologie classique. Aussi, la personne va devoir élaborer ce que nous pouvons appeler un vivre avec qui est constitué par le fait, d'une part, d'éprouver la maladie et, d'autre part, de la mettre entre parenthèses ou de faire, malgré tout, comme si elle n'existait pas. Mais, il n'en reste pas moins vrai que la vie du malade chronique revêt un caractère aléatoire marqué dans la mesure où il est dans l'impossibilité de concevoir l'évolution de sa maladie ; ce qui, il faut le remarquer, est de nature à provoquer un questionnement angoissant sur la probabilité de l'apparition de complications, sur le fait que le pronostic vital est ou n'est pas engagé. Il est à noter que l'horizon existentiel du malade chronique est occupé en permanence et durablement par la présence de la maladie et des soins afférents.

Mais, la singularité de la condition du malade chronique, à l'ère moderne, est constituée par le fait que, s'il en accepte le principe, il devient le dépositaire des traitements inhérents à sa pathologie. En effet, la médecine technico-scientifique l'établit, pour une durée indéfinie, dans la position paradoxale de soignant avec un objectif essentiel qui est, non pas de parvenir à la guérison, ce qui est de fait impossible, mais, simplement, d'établir ou de maintenir des conditions de vie acceptables et supportables. Mais, il semble bien que cette mission soit périlleuse au regard de ce que Claire Marin nous livre, à travers son témoignage, de la dimension de la pathologie chronique, et de la préfiguration de la destinée individuelle du malade qu'elle comporte : « Il n'y aura pas de fin heureuse. Autant le savoir d'emblée. C'est une histoire tragique, faite de répétitions et d'aggravations²⁶⁸ ». En écho à ces propos, il convient

²⁶⁸ *Ibid.*, p.7.

d'adjoindre ceux de Sartre dont l'intérêt est de souligner l'impérieuse nécessité pour le malade de se livrer à la répétitivité de l'action sur lui-même lorsqu'il est confronté à la permanence de la pathologie :

« Ainsi suis-je sans repos : toujours transformé, miné, laminé, ruiné du dehors et toujours libre, toujours obligé de reprendre à mon compte, de prendre la responsabilité de ce dont je ne suis pas responsable²⁶⁹ ».

Par conséquent, le fait de devoir vivre accompagné durablement par la maladie est une modalité d'existence singulière qui s'inscrit dans une continuelle répétitivité du même, sans espoir, en l'occurrence, de retrouver la santé. En effet, comme nous l'avons vu, la pathologie chronique se caractérise par l'absence d'une échéance prévisible de guérison. Aussi, la présence constante de la maladie implique la nécessité de composer avec elle. Mais, la normalité d'existence qui consiste, désormais, à vivre une vie de malade est, par nature, problématique dans la mesure où elle nécessite, de la part de la personne, de pouvoir et de savoir prendre en compte l'imprévisibilité durable des manifestations de la maladie, et de ses retentissements sur son organisme ; ce qui, par voie de conséquence, exclut l'instauration d'habitudes de vie.

A l'évidence, la situation du malade chronique se complexifie lorsqu'il accepte de devenir le délégué de la médecine puisqu'à sa vulnérabilité intrinsèque s'ajoutent la charge et la responsabilité des soins afférents à sa pathologie. A cet égard, me semble-t-il, la question de savoir si, dans ce cas de figure précis, nous avons affaire à une résurgence de l'idée, portée par la tradition, du médecin de soi-même, se pose. Il est vrai qu'une personne est capable de lutter, seule, avec un degré d'efficacité certain, contre des affections ou des maladies qui ne présentent pas, il faut le souligner, un caractère de gravité trop marqué ou qui ne constituent pas une situation d'urgence médicale avérée. Mais, l'analyse aristotélicienne nous a montré que l'aptitude de la personne à se soigner par elle-même s'enracine dans sa propre expérience. Elle ne repose, donc, pas sur une compétence médicale établie scientifiquement. Par

²⁶⁹ Sartre Jean-Paul, *Cahiers pour une morale*, Paris, Gallimard, 1983, p.449.

conséquent, il n'est pas possible d'établir une équivalence entre l'expérience d'une personne et un savoir médical. C'est pourquoi, pour Aristote, la personne qui se soigne par elle-même ne peut pas être qualifiée de thérapeute.

Or, si, en règle générale, se prodiguer des soins à soi-même revient à mettre la médecine technico-scientifique à distance, le fait de devenir son délégataire, dans le cas de la pathologie chronique, consiste à nouer une relation particulière avec l'équipe médicale puisqu'il s'agit d'accepter et de gérer un authentique transfert de compétences. On peut, alors, considérer que la personne exerce une activité analogue à celle du thérapeute, et qu'en conséquence, il est possible de lui attribuer la qualification de médecin de soi-même. Certes, on peut toujours se demander si, à bon droit, il est concevable de penser qu'une personne puisse parvenir à un niveau d'efficacité comparable, voir supérieur à celui d'un praticien qui, en théorie, incarne la quintessence de l'art et de la science médicale. Aussi, nous sommes amenés à nous interroger sur la signification et la portée de cette manière originale de se soigner par soi-même.

Mais, essayons, tout d'abord, de comprendre les implications de l'état de malade chronique. En effet, avant de concevoir qu'il puisse devenir le délégataire de la médecine, le patient doit assumer les manifestations ambivalentes de sa pathologie. Il est à remarquer que, d'une part, elle est de nature à restreindre, voire à entraver les possibilités de son corps, et que, d'autre part, par les traitements qu'elle nécessite, elle impose, de fait, des interdits. En outre, elle est susceptible d'affecter les capacités mentales nécessaires à la personne pour ne pas être déstabilisée, et pouvoir lui résister. De surcroît, nous devons reconnaître que la pathologie produit sur l'existence de la personne des effets paradoxaux :

« [...] la maladie réveille aussi une sensibilité qui s'était endormie. Tout devient plus émouvant. Elle introduit un nouveau rythme. Non pas, comme on pourrait le croire, le rythme lent de ceux dont le corps est freiné par les douleurs. Mais au contraire, elle accélère l'existence, elle contraint à une philosophie de l'instant présent, qui doit être intense, fort et sans concession. Elle impose à notre vie le mode de présence de la douleur vive : amplifier les

sensations, précipiter les rapports aux autres. Ne pas s'attarder. Il y a quelque chose de fascinant aussi dans cette puissance capable de contrer l'effet de l'habitude qui émousse, érode, adoucit les perceptions. La maladie exalte et excite. Tout devient plus violent ²⁷⁰ ».

Ce qui est à retenir c'est qu'à cette acuité du vivre s'ajoute le rythme propre de la maladie ponctué d'à-coups, de saccades, qui mettent à mal les certitudes et la constance de la personne. Pour le malade chronique, il semble bien que le salut passe, alors, par sa capacité à surenchérir sur les manifestations déstabilisatrices d'une pathologie dont il n'a aucun espoir de pouvoir la faire disparaître de son horizon existentiel. En fait, il apparaît bien que la présence constante de la maladie, si elle peut, certes, le conduire au découragement, l'incite, au contraire, à une densification de son existence. Par conséquent, on ne doit pas s'étonner que l'enjeu, pour le malade chronique, réside dans l'instauration d'une capacité de résistance de nature à pouvoir endiguer les facteurs de déstabilisation, voire de destruction qui sont inhérents à la pathologie :

« La fin de l'histoire n'est pas la ligne de démarcation que la maladie inscrira dans mon corps. Ce n'est pas ma capacité physique à la combattre qui déterminera la fin de ma vie. C'est ma propre limite. Ma capacité à résister à son effet délétère sur moi. A tolérer toutes ses immixtions dans ma sphère privée, son arbitraire, sa possessivité. Toute cette vie affamée qui se nourrit de la mienne ²⁷¹ ».

Un constat s'impose. Du fait même de l'existence de la maladie, la personne se trouve sous l'emprise de forces et de mécanismes qui ne procèdent pas de son intention. C'est donc l'appréciation qu'elle va faire de sa situation qui va la conduire à accepter la nécessité de se soigner, et d'entrer dans une pratique d'auto-soin qui va structurer son existence. La personne, par là même, me semble-t-il, affirme un libre choix à partir de la prise de conscience de l'existence d'une situation de contraintes. On peut noter, d'ailleurs, que la modernité consacre l'idée du malade chronique comme personne autonome et responsable à travers le fait de se

²⁷⁰ Marin Claire, *Hors de moi*, op.cit., p.9.

²⁷¹ *Ibid.*, p.125.

soigner par soi-même. En effet, l'acte médical devient, alors, au moins en partie, le geste du malade sur lui-même grâce aux compétences acquises par délégation, et à l'observation attentive des effets des traitements sur son organisme qui lui permet d'en moduler, par lui-même, l'application.

Mais, il faut souligner qu'il existe un préalable qui est celui de l'acceptation de la pathologie lorsqu'elle annoncée. En effet, le déni de la maladie, l'idée que la pathologie est dévalorisante annoncent un probable échec thérapeutique ; ce qui conduit à un risque de dislocation de soi. Au contraire, le fait d'être capable de surmonter un sentiment de délitement du pouvoir de la vie, et d'affirmer une aptitude à exister en compagnie de la pathologie soutient l'effectivité d'un agir créatif en acte. C'est de cette manière, à mon sens, que le malade chronique est à même de prendre la mesure de sa maladie, d'apprendre à vivre, en permanence, avec la présence de facteurs pathogènes, et de ne pas la laisser subvertir son existence. On comprend, dès lors, que, dans ces conditions, le malade chronique se trouve dans l'obligation de construire une unité d'existence entre des facteurs de désagrégation portés par la pathologie, et des éléments nécessaires à l'instauration d'une qualité de vie qui ne peuvent être élaborés que par un agir créatif, seul à même de lui permettre de répondre à une situation inédite et évolutive.

A l'évidence, le patient qui accepte d'être le délégataire de la médecine se place dans une position singulière. Il est, en effet, celui qui, vulnérable et affecté par une pathologie sans horizon de guérison, s'administre des soins sous le contrôle bienveillant de la médecine. Ce cas de figure unique modifie et enrichit, me semble-t-il, l'idée que l'on peut se faire de ce qu'il est convenu d'appeler l'alliance thérapeutique. En effet, en règle générale, dans la confrontation avec une pathologie, le patient participe activement à sa guérison en se conformant à la prescription du traitement faite par le tiers de confiance qu'est le médecin. Ainsi, l'exactitude du diagnostic, la détermination de la stratégie thérapeutique appropriée au cas rencontré, la bonne observance du traitement par le patient, sont autant d'éléments clefs de l'alliance thérapeutique classique qui conduisent à la guérison ; dans la limite, il convient

de le rappeler, des possibilités de la médecine à un instant donné. Cependant, la situation est différente dans le cas de la pathologie chronique puisque, de fait, il n'y a pas de guérison possible. Relevons, au passage, que l'incapacité à guérir de la médecine laisse, en conséquence, le malade seul en compagnie de sa maladie. On comprend alors que, dans ces conditions, le seul pouvoir que possède la médecine technico-scientifique est d'aider le patient à vivre avec sa pathologie.

Nous utiliserons un exemple simple, celui du lymphœdème²⁷², pour comprendre ce que signifie être le déléataire de la médecine technico-scientifique. A mon sens, cette maladie constitue un cas-type où la participation active du patient aux soins est requise pour obtenir un résultat²⁷³. La stratégie thérapeutique préconisée par le corps médical consiste à empêcher l'aggravation du lymphœdème et, surtout, à éviter la complication infectieuse, que constitue l'érysipèle²⁷⁴. Aussi, la technique qui est employée est celle de la physiothérapie décongestive avec une pratique intensive destinée à réduire le volume du lymphœdème. Le traitement consiste alors, pour le patient, à utiliser des bandages, à effectuer des drainages lymphatiques manuels, à réaliser des exercices sous bandages, et à apporter un soin méticuleux à l'entretien de sa peau. Une seconde phase du traitement est consacrée à la consolidation des résultats initiaux obtenus. Afin d'éviter, dans les premières semaines de traitement, une visite journalière à l'hôpital et sauvegarder, ainsi, son autonomie et une certaine qualité de vie, le malade effectue lui-même les bandages et les drainages lymphatiques manuels²⁷⁵. En outre, il faut bien être conscient du fait que la présence d'un lymphœdème constitue un facteur de risques non négligeable. En effet, il peut constituer, comme nous l'avons indiqué, la porte d'entrée d'une maladie infectieuse. En conséquence, la

²⁷² Le lymphœdème est une maladie qui se caractérise par une accumulation anormale de lymphes dans les tissus. Cette pathologie, essentiellement féminine, est mal connue. Sur la durée, la maladie a tendance non pas à régresser spontanément mais plutôt à s'amplifier. Il est à noter, par ailleurs, que cette affection se caractérise par une modification de l'image corporelle de la personne. On peut, par conséquent, en déduire qu'elle possède un retentissement sur sa vie personnelle et sociale, notamment sur les plans esthétique et relationnel.

²⁷³ Il consiste à réduire de manière significative et durable le volume du lymphœdème.

²⁷⁴ Il s'agit d'une maladie infectieuse aiguë qui se caractérise par une inflammation de la peau.

²⁷⁵ Ces soins consistent à faire migrer la lymphe des tissus atteints vers les tissus épargnés par le lymphœdème.

personne doit apporter une attention particulièrement vigilante à l'entretien de sa peau. Ainsi, elle doit prévenir, rechercher, traiter, le cas échéant, les intertrigos²⁷⁶ et réduire les hyperkératoses²⁷⁷. Le malade est, également, soumis à l'observance de règles de vie très strictes qui consistent à éviter les effractions cutanées, à s'abstenir de pratiquer des sports violents, à ne pas avoir des activités répétitives, à éviter le déplacement de lourdes charges. Enfin, le malade chronique doit, aussi, s'astreindre à une prise en charge nutritionnelle précise afin d'éviter toute surcharge pondérale.

Rappelons que la pathologie chronique s'inscrit, nécessairement, dans la durée et que cette caractéristique conditionne l'approche thérapeutique du cas médical considéré. En effet, se trouve, ainsi, mise à l'épreuve la capacité du malade à respecter, sur la longue durée, des prescriptions médicales et une hygiène de vie scrupuleuse. En ce sens, on peut dire que la médecine invite le patient à être un malade exemplaire, ce qui signifie qu'il est sensé adopter le comportement attendu, à savoir se montrer raisonnable et se conformer à ce qui lui a été prescrit. A l'évidence, en présence d'une pathologie chronique, la question de la permanence des soins est centrale. Si le patient est confronté à la nécessité de tenir à distance les éléments pathogènes, cette exigence peut être contrariée par le découragement généré par l'absence de perspective de guérison. Par conséquent, il apparaît que le malade chronique peut légitimement être en droit de s'interroger sur le sens des soins qu'il consent à s'appliquer à lui-même.

Mais, il convient d'observer que le fait que la maladie chronique s'inscrive dans la durée est une opportunité offerte au patient pour exprimer sa singularité, pour exercer sa propre capacité normative en choisissant ce qui lui convient le mieux dans ce que lui propose la médecine, voire en procédant à l'adaptation des consignes et des prescriptions médicales. Si elle lui est imposée, la prise en charge par lui-même du traitement de sa pathologie peut être considérée par le malade comme une contrainte supplémentaire insupportable. Par contre,

²⁷⁶ C'est une infection cutanée siégeant aux plis de la peau.

²⁷⁷ Elle consiste en un épaissement anormal de la couche cornée de l'épiderme.

lorsqu'elle résulte d'un choix conscient de la part du patient, il est raisonnable de penser qu'elle lui permet, par cette démarche active, d'acquérir de nouvelles compétences, et de les utiliser pour établir une autonomie dans les modalités de traitement, et se libérer de contraintes existantes. En effet, on peut, légitimement, concevoir que prendre des décisions sur sa maladie constitue une manière de se l'approprier.

Par ailleurs, le fait même d'acquérir un degré d'expertise médicale permet au malade de s'ouvrir davantage à autrui, en lui apportant un témoignage sur l'expérience de la maladie chronique, et sur l'efficacité des protocoles de soins. En outre, n'oublions pas que retrouver par soi-même une harmonie dans le fonctionnement de son corps constitue une source potentielle de plaisir. On discerne bien que la capacité à gérer une maladie chronique nécessite des qualités particulières de la part du malade. Il doit, rappelons-le, développer une capacité d'apprentissage, d'autonomie, de compréhension et d'intelligence de sa maladie. En outre, son comportement responsable doit être de nature à inspirer de la confiance à l'équipe qui assure son suivi médical. En effet, celle-ci doit être à même de déceler que le malade chronique à qui elle a affaire est capable de se prendre réellement en charge, et avec une efficacité prouvée. Mais, nous devons bien reconnaître que la mise en œuvre d'une compétence comporte toujours des risques au nombre desquels nous pouvons citer celui de son mauvais exercice, de la non compréhension des prescriptions reçues, d'exposition aux erreurs, de jugements inappropriés ou erronés, de doute du malade envers ses propres possibilités.

Néanmoins, se pose légitimement la question de savoir ce que le malade chronique fait du protocole de soin qu'il a négocié avec l'équipe médicale. On peut, en toute logique, penser qu'il existe plusieurs attitudes possibles. En effet, le malade a le choix de rester dans le cadre du protocole de soins et, dans ce cas, il se satisfait de sa stricte application ou, au contraire, il l'interprète et il le module. A l'examen, il me semble que l'attitude qui consiste à s'approprier le protocole de soins en l'adaptant s'explique par ce que l'on peut qualifier de conflit des normes. En effet, la normativité du discours médical achoppe sur la propre normativité du

malade qui lui est indispensable pour pouvoir établir les conditions de vie qu'il estime être les plus acceptables. Tout se joue, en quelque sorte, entre la norme thérapeutique telle qu'elle est proposée par l'équipe médicale, et celle que le patient élabore en fonction de ses croyances, de sa représentation de la maladie, du sens qu'il lui donne et de son projet existentiel. On peut penser que cette norme individuelle est instituée par l'expérience, le savoir-faire acquis, l'utilisation d'un référentiel de valeurs et les habitudes de vie. Aussi, la constitution d'une normativité individuelle ouvre, de fait, la voie aux alternatives thérapeutiques. Mais, il est à souligner que l'établissement de la norme individuelle comporte, là aussi, une prise de risque. En effet, le malade, à la suite de la modification qu'il a apportée au protocole de soins, peut être amené à constater une altération de l'efficacité de son traitement. En conséquence, il semble bien qu'une telle situation soit susceptible de générer un sentiment de culpabilité. Dans ce cas, on peut penser que l'intervention de l'équipe médicale a, alors, pour vocation d'aider le malade chronique à trouver le comportement le plus adéquat pour vivre le mieux possible avec sa pathologie.

Comme nous l'avons vu, la condition de malade chronique s'inscrit dans la longue durée, et ce type de pathologie excède la capacité de la médecine moderne à restaurer la santé du patient. Mais, on peut concevoir que l'existence de cette faille dans l'efficacité médicale constitue, en fait, une réelle opportunité pour le malade. En effet, elle est de nature à lui permettre de déterminer en toute liberté, puisque la médecine ne peut plus rien, au moins provisoirement, dans l'attente d'une nouvelle avancée thérapeutique, sa propre norme de santé. Dans la maladie chronique, c'est bien le patient qui est le mieux à même de définir ce qui, pour lui, est acceptable et ce qui ne l'est pas. Par conséquent, il occupe la meilleure position pour établir la norme constitutive d'un mieux-être ; ce qu'il est prêt à supporter dans un cadre socialement acceptable. On peut, ainsi, dire que le patient développe et utilise une compétence d'auto-normativité. En effet, le malade chronique élabore ses propres normes qui sont la résultante de la confrontation entre les normes thérapeutiques instituées par le corps médical et ses propres normes existentielles constituées à partir de son vécu, de son savoir

expérientiel de la maladie, de ses représentations, de son système de valeurs, de ses projets de vie. On peut, par conséquent, observer que l'élaboration de nouvelles normes par le malade revient à créer une authentique alternative thérapeutique qui n'est, de fait, que la recherche d'une meilleure conciliation entre le projet médical de l'équipe soignante et le projet de vie du patient.

En ce qui me concerne, le fait d'instituer le patient comme délégataire de la médecine conduit à dessaisir l'équipe médicale de ses prérogatives. Elle n'est plus maîtresse du jeu thérapeutique. Autrement dit, elle doit nécessairement composer avec un patient qui est capable de développer une intelligence de la situation médicale dans laquelle il se trouve, et de proposer la voie thérapeutique qui lui semble la mieux adaptée pour vivre dans un relatif bien-être. C'est bien le malade chronique qui décide de ses conditions d'existence. Mais, si cette attitude d'appropriation dynamique et positive de la maladie existe réellement, nous ne devons pas occulter le fait qu'il arrive que des personnes atteintes de maladies chroniques aient, parfois, tendance à la taire, à ne pas évoquer ses manifestations et ses effets, à ne pas souhaiter s'impliquer dans la détermination des traitements associés à leurs pathologies.

Il convient, à mon sens, de noter, que la compétence d'auto-normativité développée par le malade chronique se nourrit de l'échange avec les tiers. En effet, l'accès aux moyens de communication offre aux patients la possibilité, comme nous l'avons vu, de participer à des forums de discussions où ils peuvent parler du vécu de leur maladie, évoquer les problèmes relatifs aux traitements qui leur sont prescrits, trouver un soutien psychologique. Il est à noter que l'établissement de ces liens favorise l'émergence de traits identitaires spécifiques. Ainsi, il est significatif de constater que l'un de ces groupes de malades puisse s'appeler les « *hépatants* ». Ce terme constitue, en quelque sorte, la signature de la pathologie qui les réunit. Elle traduit aussi, à mon avis, un engagement associatif ainsi que l'expression d'un certain courage dans l'évocation de la maladie qui signifie, sans aucun doute, une capacité d'investissement dans la vie. On peut légitimement penser que ces échanges sont bénéfiques s'ils procurent aux personnes du réconfort, s'ils leur permettent de rompre avec l'isolement et

d'éviter le repli sur soi-même ainsi que la dévalorisation de soi, s'ils facilitent une meilleure compréhension de leur pathologie. A l'examen, il semble bien que l'appartenance à une communauté de malades soit une spécificité de la personne atteinte d'une pathologie chronique. En effet, le partage d'expériences semblables, par nature, inaccessibles aux autres, engendre sympathie et compréhension entre les malades et favorise, également, un rapport plus apaisé à la pathologie. Il est, aussi, à observer que la capacité auto-soignante de la personne peut se trouver légitimée, confirmée par les échanges qui interviennent dans les groupes de malades. Ces instances constituent des lieux d'échanges de savoirs, d'enrichissement et de renforcement mutuels. Ainsi, on peut penser que l'appartenance à une communauté de malades renvoie au patient chronique l'image positive de ce qu'il est en train d'élaborer. Mais, néanmoins, nous devons être conscients du fait que le risque de voir le patient s'enfermer dans la communauté des malades est, là aussi, bien réel.

Il est manifeste que le malade chronique se doit d'être à l'écoute des réactions de son organisme ; ce qui implique, par conséquent, qu'il soit capable de déceler les signes de changement qualitatif dans l'expression de sa pathologie s'il veut être en mesure de réagir, en temps opportun, pour en conserver le contrôle actif²⁷⁸, et ainsi maintenir des conditions d'existence qui peuvent être assumées. Dans ce registre, il faut bien observer que le malade chronique ne se laisse pas façonner par l'ordre du collectif, par ses valeurs, ses normes, ses prescriptions ; ce qui s'explique, à mon sens, par la simple raison que la communauté médicale est dans l'incapacité de le guérir, et que ses possibilités d'action ne s'appliquent qu'au bien-être du malade. Nous pouvons, donc, considérer que la médecine technico-scientifique n'offre pas une efficacité supérieure à celle dont peut faire preuve le malade chronique. On voit bien, par conséquent, qu'est ouverte, pour le patient, la possibilité de mettre à distance un corps médical au pouvoir limité, et d'explorer, par lui-même, les voies alternatives susceptibles de lui permettre d'établir des conditions d'existence supportables.

²⁷⁸ En effet, certaines pathologies chroniques sont susceptibles d'évoluer défavorablement et de générer des handicaps importants comme dans le cas de la polyarthrite rhumatoïde.

A mon sens, par cette prise de position en rupture avec l'ordre de la communauté médicale, s'institue une médiation créatrice entre les échelles du temps, le connu et l'inconnu, l'accessible et l'inaccessible, la tradition et l'innovation. De fait, le malade chronique est un vecteur de formes, de structurations nouvelles. Il est cet être en perpétuel devenir sous l'emprise d'une dynamique d'amplification constructive qui signe son exceptionnalité ; celle de demeurer, malgré la pathologie chronique, un être de pure vitalité. On affirmera, en conséquence, qu'existe, pour le malade chronique, la possibilité d'exprimer une énergie porteuse de potentiels de transformation. Nous pouvons dire qu'il est en situation d'ouverture dynamique, en position de pouvoir dépasser, en permanence, la situation créée par la pathologie, constituée d'une cohorte d'éléments tels que la souffrance, les douleurs, les effets indésirables, l'abattement, le sentiment d'incompréhension.

Mais, il faut bien avoir présent à l'esprit que cette conciliation positive entre les effets de la pathologie et son appropriation par le malade peut se trouver compromise. En effet, si l'application du protocole de soins devient une routine, cela peut occasionner une perte de vigilance et, par conséquent, de contrôle sur l'évolution de la maladie. Par ailleurs, les premiers effets bénéfiques d'un traitement efficace et bien toléré peuvent faire croire au malade qu'il est sur la voie de la guérison, et l'amener à penser que se soigner devient inutile. Enfin, lors des analyses, l'obtention régulière de mauvais résultats peut engendrer du découragement, et conduire le malade chronique à abandonner toute surveillance et à ne plus prendre de décision thérapeutique. On voit bien que l'expression de la puissance d'agir de la personne est empreinte d'un certain degré de fragilité dans la mesure où elle est toujours susceptible d'être sous le coup de conduites incapacitantes ; c'est-à-dire que la personne se sent soudainement empêchée, par exemple, d'entreprendre une action, car elle craint l'échec ou elle ne parvient pas à se déprendre de l'effet de déstabilisation que provoquent ses émotions.

Vivre en compagnie d'une pathologie chronique est une situation qui excède ce que la personne a pu connaître, comme épreuve, dans son existence. En effet, elle est, d'une part,

sans espoir de guérison, et elle est, d'autre part, en permanence, sous la menace de l'altération, de la dégradation de son état de santé, dans un contexte où la médecine technico-scientifique voit ses marges de manœuvre, ainsi que ses possibilités d'action réduites. Aussi, la personne est amenée à relever un défi qui consiste, en dépit de la présence constante de la maladie, à établir des conditions de vie acceptables. En l'occurrence, il s'agit bien de réguler son rythme de vie en rapport avec les manifestations de son corps, de construire un nouveau mode d'être articulé sur le vécu de la maladie. En effet, le malade ne peut qu'accepter sa pathologie, et il doit savoir procéder aux aménagements que sa présence implique afin de pouvoir vivre dans des conditions qu'il peut assumer.

Certes, il bénéficie du soutien de l'équipe médicale dans l'application des soins et de la communauté des malades atteints par la même pathologie dans le développement d'un savoir expérientiel. Mais, il est à observer que le malade chronique doit, aussi, apprendre à composer avec les réactions de son propre entourage. En effet, le fait qu'il soit amené à appliquer des techniques sophistiquées sur son propre corps génère, parfois, un sentiment de malaise, d'angoisse, d'étrangeté de la part de l'autre. Or, l'autre a bien, à mon avis, un rôle particulier à jouer lorsqu'il est en relation avec un malade chronique. Il est, en effet, celui qui peut contribuer à redonner de l'espace de vie à celui qui s'en sent démuné :

« Il est en effet une dimension de la douleur chronique qui est souvent passée sous silence, c'est sa propension à rendre plus difficile la vie sociale dans laquelle chacun se doit de faire comme tout le monde, de ne pas gêner. Et celle-ci redouble la gêne. De là un pas, un seul, pour que la douleur devienne infirmité ; si elle ne permet plus de vivre « normalement », de tenir sa place dans l'agitation quotidienne. C'est de la honte qui apparaît alors – celle de ne pouvoir masquer son anomalie, son impotence ou incapacité – et se surajoute à la douleur faisant le lit d'un possible désespoir²⁷⁹ ».

Mais, il convient de souligner que c'est bien, là aussi, au malade confronté à une situation inédite qu'il incombe d'agir. Se soigner par soi-même suppose, alors, que le malade

²⁷⁹ Hubinois Philippe, *Petite philosophie de la chirurgie*, op.cit., p.285-286.

soit à même de gérer sa pathologie, et de construire un savoir de nature à lui permettre de moduler un traitement, de mettre sous contrôle la situation qui est, désormais, la sienne. On peut, donc, penser que la présence de la maladie chronique est aussi une occasion singulière pour la personne d'être créative, c'est-à-dire d'être capable de répondre de manière appropriée à des conditions d'existence hors normes. Néanmoins, il faut bien voir que le malade est confronté au risque d'entrer dans un processus d'exclusion induit par la différence. Par ailleurs, nous devons bien être conscients du fait que le malade peut, toujours, être sous l'emprise d'un déni de l'existence de la pathologie. Ainsi, on peut voir dans l'oubli de la prise d'un médicament ou du suivi d'un traitement la tentative du malade chronique de redevenir une personne indemne de toute pathologie.

On peut légitimement supposer que, dès l'annonce de sa maladie chronique, la personne comprend, alors, que ses conditions d'existence sont, désormais, appelées à être transformées. En effet, se savoir atteint à vie par une pathologie dessine, pour le malade chronique, un nouvel univers qui est marqué par la limitation de ses propres capacités, par la menace qui pèse sur son intégrité physique, par l'angoisse des complications qui peuvent survenir, par les contraintes des traitements. En outre, la confrontation permanente avec la fragilité de son organisme ouvre, pour le malade, une perspective tragique dans la mesure où il voit poindre la possibilité d'une vie écourtée. Par ailleurs, l'expérience de sa vulnérabilité est de nature à l'inciter à se résigner à son sort et, par conséquent, à renoncer à toute forme d'action. A l'évidence, le fait même de souffrir, d'éprouver constamment les insuffisances, les dysfonctionnements de son organisme peut le conduire à l'irrésolution, et entraver sa capacité d'action. Mais, le travail du négatif lui offre, aussi, une opportunité pour tenter de conduire une expérience singulière qui est celle de bien vivre avec une pathologie chronique. Nous devons bien être conscients du fait que les actions susceptibles d'être entreprises par le malade chronique s'inscrivent, nécessairement, dans la longue durée ; ce qui implique de sa part une persévérance et une constance dans l'effort.

Par ailleurs, il semble bien que l'existence d'une pathologie chronique fait naître une exigence qui est celle, pour le patient, de connaître objectivement sa maladie, c'est-à-dire ses manifestations, les risques qu'elle comporte, les modifications de comportements et de modes de vie qu'elle induit, ses évolutions possibles. Il doit, en outre, être capable de reconnaître et de comprendre les signaux que lui adresse son corps, et de déceler le moindre signe inhabituel qui peut être, potentiellement, porteur d'un danger. A cela, s'ajoute le fait que le malade doit, nécessairement, posséder une connaissance des traitements, de leurs effets, de ce qui peut se produire lorsque les prescriptions médicales ne sont pas observées, pour pouvoir se prodiguer les soins appropriés. Comme on peut le voir, vivre avec une pathologie chronique ne consiste pas à procéder à de simples aménagements transitoires et temporaires jusqu'à l'atteinte d'une guérison promise et attendue. L'enjeu est bien de réussir à établir de nouvelles modalités d'existence à partir de décisions prises sur la base de critères de choix qui se veulent objectifs. De fait, nous devons nous rendre à l'évidence que, paradoxalement, le malade qui est affaibli, fragilisé par la pathologie, enfermé dans sa chronicité doit nécessairement, s'il accepte de vivre en compagnie de sa maladie, jouer un rôle actif et être, par voie de conséquence, le premier acteur de ses soins. C'est bien à lui qu'il appartient d'accepter la situation établie par la présence de la pathologie chronique, et les éléments défavorables, néfastes qu'elle comporte.

Nul doute, à mon sens, que c'est la confrontation avec le négatif qui est à même de permettre au malade de comprendre que lui seul possède les véritables ressources susceptibles de favoriser l'élaboration d'une compatibilité d'existence avec la pathologie chronique. Par conséquent, le malade chronique est, de fait, invité à adopter :

« [...] l'attitude qui ne ferme plus les yeux sur les expériences négatives, mais élit domicile à l'intérieur d'elles, la mise en question de ce qui passe d'ordinaire pour évident, la création

d'une nouvelle possibilité de vivre à partir de cette sphère ouverte. Vivre non pas sur un sol ferme, mais dans un élément mouvant ; vivre dans le déracinement ²⁸⁰».

Pour terminer ce tour d'horizon de quelques situations singulières où, à mon sens, l'activité de la médecine technico-scientifique implique de la part de la personne une réponse inventive, nous allons évoquer le cas des interventions chirurgicales réparatrices dont les répercussions sont telles qu'elles sont de nature à provoquer un vacillement identitaire chez le patient ; ce qui implique, par voie de conséquence, de sa part, une action particulière pour tenter de réduire les effets de la discordance qu'il vit en lui.

C) Affirmer son identité après un acte chirurgical réparateur :

Chacun peut, aisément, admettre que le niveau technique atteint par la médecine moderne autorise des gestes à la prouesse inégalée qui, dans bien des cas, rétablissent des situations qui étaient jusque là irrémédiablement compromises. Mais, il faut bien se rendre à l'évidence que la nature même de certaines interventions destinées, pourtant, à apporter des bienfaits aux patients provoque, dans le même temps, des effets non sollicités par la personne et non voulus par le corps médical. Ainsi, la victime d'un traumatisme peut, à la suite d'un acte chirurgical réparateur, être amenée à gérer ce qu'il faut bien appeler un vacillement identitaire. L'atteinte initiale portée au corps par un accident ou par une maladie, à l'origine de l'acte chirurgical curatif, se traduit par l'altération significative d'un élément organique. Nous pouvons, par conséquent, penser que l'existence de la mutilation fait que la personne s'éprouve comme différente physiquement, et qu'elle en supporte les implications psychiques. Nous sommes, également, en droit de supposer que la personne est convaincue que la capacité réparatrice de la médecine technico-scientifique va lui permettre de surmonter les séquelles du traumatisme et, ainsi, de se remettre en coïncidence avec elle-même.

²⁸⁰ Patočka Jan, *Liberté et sacrifice – Ecrits politiques*, trad. Erika Abrams, Grenoble, Editions Jérôme Millon, 1990, p. 248.

Mais, elle peut difficilement imaginer que la médecine, de par l'acte même de reconstruction, va être à l'origine d'un nouveau flottement identitaire. En effet, si le geste réparateur est bien destiné à compenser le manque provoqué par le traumatisme, il n'en est pas moins fondamentalement créateur puisqu'il consacre l'impossibilité à opérer le retour à l'état antérieur, à reconstruire à l'identique. Par conséquent, on voit bien que si la personne est la même qui subit, initialement, une mutilation et qui, ensuite, s'en remet à l'acte chirurgical, à la fois réparateur et source de différenciation, elle court, néanmoins, le risque d'opérer une rupture avec elle-même, en ne se reconnaissant pas, en ne s'acceptant pas sous sa nouvelle apparence. On comprend que, dans ces conditions, la personne doit, nécessairement, s'employer à conduire un travail d'appropriation des épreuves qu'elle affronte si elle veut préserver les éléments constitutifs de ce qu'elle est, et demeurer, ainsi, en accord avec elle-même. Chacun s'accordera à reconnaître que la vocation de la médecine est d'intervenir pour réparer des dommages occasionnés par une maladie ou par un traumatisme. Mais, si la médecine moderne réalise des prouesses techniques au service du bien-être des malades, il n'en demeure pas moins qu'elle met la personne dans l'obligation de procéder à des remaniements identitaires.

Nous allons illustrer notre propos en nous appuyant sur les deux exemples que nous avons déjà utilisés, à savoir la reconstruction du sein après une mastectomie et l'allogreffe de tissus composites de la face. Si le traitement du cancer du sein implique, dans certains cas, la pratique d'une mastectomie, la reconstruction mammaire constitue, alors, une réponse de la médecine technico-scientifique à la détresse identitaire de la personne. Il est à noter que cette intervention de chirurgie plastique à vocation réparatrice, même si elle est techniquement réussie, laisse la personne face à un double travail à opérer sur elle-même : celui du deuil du sein enlevé qui signe la perte d'une partie du corps originaire, et celui de l'apprentissage de la vie avec un élément organique rapporté. Mais, pour en revenir à l'acte médical lui-même, il convient de mettre en évidence le fait que la médecine technico-scientifique n'utilise pas toujours les moyens les plus à même de permettre à la patiente de

renouer avec elle-même. Ainsi, il faut bien voir qu'il existe deux approches techniques de la reconstruction mammaire, et il se trouve qu'elles ont un rapport avec la problématique identitaire de la personne. En effet, la reconstruction peut être effectuée par l'apport d'un élément artificiel externe, une prothèse, ou par la réalisation d'une greffe autologue de tissus qui appartiennent, donc, en propre à la patiente²⁸¹. Or, il s'avère que le choix de la technique de reconstruction n'est pas neutre puisqu'il conditionne le travail que la patiente aura à effectuer sur elle-même. On peut, par conséquent, penser que la médecine technico-scientifique va logiquement utiliser la technique qui procure le plus d'avantages à la patiente ; or, à l'examen, on se rend compte que ce n'est pas le cas. Nous devons reconnaître que, de fait, le procédé qui est le meilleur pour la patiente est peu utilisé. En effet, il faut savoir qu'il nécessite des anastomoses de vaisseaux qui doivent être réalisées au microscope ; cette technique est délicate, et elle mobilise une équipe chirurgicale pendant de longues heures.

Mais, nul doute qu'avec le sein nous avons affaire à un élément corporel très particulier puisqu'il possède une très forte charge symbolique dans la mesure où il a, notamment, à voir avec le pouvoir de séduction féminin. A l'évidence, son ablation occasionnée par la maladie provoque une transformation du schéma corporel qui peut conduire à une détresse psychique. Dans ces conditions, il apparaît bien que le geste technique réparateur du chirurgien a un lien avec l'identité de sa patiente, et avec l'image de sa féminité. Il faut bien voir que, du statut de femme mutilée, la patiente épouse, alors, celui de femme reconstruite. On peut, donc, concevoir que l'acte chirurgical possède des implications

²⁸¹ Le premier procédé est appelé D.I.E.P (Deep Inferior Epigastric Perforator flap c'est-à-dire le lambeau des perforantes épigastriques inférieures). Il utilise une technique de micro-chirurgie de reconstruction mammaire par greffe autologue qui ne laisse pas de séquelle sur le site donneur. La technique du D.I.E.P. ne nécessite que le prélèvement de la peau, de la graisse, des artères et des veines qui vont alimenter le nouveau sein. La seconde technique est celle du T.R.A.M. (dont la signification est Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous flap). Elle utilise, en le prélevant, le lambeau musculo-cutané du grand droit de l'abdomen. Mais ce procédé affaiblit la paroi abdominale et nécessite la mise en place d'une plaque prothétique pour éviter l'éventration. La technique du D.I.E.P. se révèle moins mutilante et elle permet de reconstruire un sein sans prothèse, avec la propre chair de la patiente, en utilisant les tissus de l'abdomen. Ces tissus présentent également l'avantage de posséder une texture et une nature très proches du sein naturel.

psychologiques, compte-tenu du fait que la reconstruction mammaire modifie à nouveau le rapport au corps puisqu'il s'agit d'y adjoindre un élément étranger pour pallier un manque. Par conséquent, on voit bien que s'impose à la patiente un double cheminement psychologique qui consiste, d'une part, à répondre à la disparition de l'un des attributs de sa féminité, et, d'autre part, à accepter la présence d'un élément organique autre qui n'appartient pas au corps originaire. Dès lors, se matérialise une problématique singulière que la personne se doit de résoudre qui est celle de la réconciliation avec elle-même, en dépit des atteintes qui ont été portées à son identité. Certes, on peut souligner le fait que la compensation de la mutilation par la reconstruction apporte une aide à la personne dans le travail qu'elle doit entreprendre pour renouer avec elle-même. On peut, également, légitimement concevoir que le fait de retrouver un sein aussi naturel que possible, à soi, qui va vivre et vieillir comme le reste du corps, sans avoir un jour à subir une nouvelle intervention²⁸², facilite l'éloignement de la maladie et des traumatismes qu'elle a engendrés, et permet, ainsi, à la personne de reconquérir une féminité compromise. Aussi, on voit bien l'importance qu'il y a à ce que la patiente soit pleinement informée et, qu'en conséquence, elle connaisse l'éventail des choix techniques possibles afin qu'elle puisse juger de ce qu'elle va être capable de supporter au niveau de l'intervention chirurgicale, et de ce qu'elle va pouvoir accepter comme séquelles des gestes opérés. En effet, on peut penser que la patiente désire plus ou moins consciemment retrouver le sein perdu. Or, à la vérité, cette aspiration profonde est impossible à satisfaire. Force est d'admettre, comme nous l'avons évoqué, que la technique chirurgicale, à l'heure actuelle, permet, seulement, de tenter de restituer un volume, une forme qui se rapproche du sein controlatéral et du sein perdu.

Chacun peut faire l'expérience que les traits de son visage se modifient avec l'avancée en âge. On peut constater que ce changement progressif s'opère avec lenteur. Aussi, la personne dispose du temps nécessaire pour s'adapter à cette évolution ; ce qui contribue, peut-on penser, à faciliter son acceptation. Par contre, lorsque la personne subit un traumatisme de

²⁸² Comme c'est le cas, rappelons-le, lors d'un changement de prothèse.

la face, la transformation de l'apparence physique peut faire brutalement irruption dans sa vie, sans préavis. A l'évidence, dans ce cas de figure, l'accoutumance n'est pas de mise. On voit bien que, par conséquent, la personne est confrontée à un premier problème qui consiste à devoir affronter la profonde altération de son image corporelle. Il semble bien, alors, que se pose à la personne la question de son identité. De fait, la personne traumatisée est une autre aux plans physique et psychique. Nous pouvons, légitimement, penser que les différenciations qu'opère le traumatisme révoquent, en quelque sorte, l'existence de la personne. Se pose, donc, la question de son sens. Mais, dans le cas du traumatisme de la face, il s'avère que la médecine technico-scientifique est à même d'apporter une réponse, aux limites de ses possibilités techniques, à un enjeu existentiel d'importance, pour la personne, puisque, soulignons-le : « [...] le visage de l'homme se donne comme site d'apparition de l'individualité²⁸³ ».

Aussi, on peut considérer à juste titre, me semble-t-il, que l'existence de la possibilité technique qui consiste à réaliser une allotransplantation de tissus composites au niveau de la face conduit à un double questionnement. En effet, d'une part, surgit une interrogation sur la portée de la capacité réparatrice, à défaut d'être restauratrice, de ce qu'il est convenu d'appeler *la chirurgie de l'extrême* et, d'autre part, nous sommes amenés, logiquement, à examiner ce que ce type d'intervention implique pour la victime d'un traumatisme de la face. A cet égard, nous pouvons affirmer avec certitude que la personne ne ressemblera pas à ce qu'elle était, ni au donneur. Dans ce cas, on peut se poser la question de savoir si le changement d'apparence provoqué par l'intervention chirurgicale ne revient pas, en définitive, à remplacer une défiguration par une autre. On peut légitimement penser que l'allotransplantation de tissus composites est un processus de modelage identitaire au terme duquel une personne revient en quelque sorte à l'existence puisqu'elle a la possibilité de se réinsérer dans la communauté humaine après la relégation occasionnée par le traumatisme initial. Il est à noter que l'acceptation du principe de l'intervention chirurgicale signifie que la

²⁸³ Von Weizsäcker Viktor, *Pathosophie*, trad. J. De Bisschop, M. Gennart, M. Ledoux, B. Maebe, C. Mugnier et A.-M. Norgeu, Grenoble, Éditions Jérôme Millon, 2011, p.110.

personne a été capable de dépasser la sidération générée par le traumatisme initial, et qu'elle estime pouvoir vivre avec un nouveau visage.

Mais, il convient de remarquer que le geste technique, en extériorité, du chirurgien est, en lui-même, insuffisant. En effet, il est indispensable, à mon sens, que le patient qui veut réussir à maîtriser l'épreuve constituée par la défiguration, et par la tentative de réparation initiée par la médecine soit à même d'entreprendre, en intériorité, un travail que l'on peut qualifier de recombinaison identitaire. Ma conviction est que pour pouvoir nouer un nouvel accord avec lui-même, le sujet doit être capable d'accepter la perte de son visage originaire pour se projeter dans une figure mixte et recomposée :

« [...] dans une ATC totale de la face, le receveur n'aura pas le visage du donneur puisque ce sont les reliefs osseux, différents d'un individu à l'autre, qui prennent une part déterminante dans l'aspect définitif du visage. Cela incline à penser que l'identité psychique peut être recouvrée rapidement par le saut qualitatif qui s'opère entre la défiguration et la greffe, au point que la personne peut déclarer, à l'instar de la première greffée, « je me ressemble », au sortir de la période de stabilisation cicatricielle²⁸⁴ ».

Mais, nous devons bien admettre que l'intervention réparatrice n'est pas exempte de risques quant au nécessaire établissement d'une stabilité identitaire par la personne. En effet, on peut logiquement concevoir, me semble-t-il, que le receveur idéalise le résultat qu'il escompte de la chirurgie, et, qu'en fin de compte, il soit déçu par ce que le geste technique a produit. Mais ce n'est pas tout. La personne attend de la tentative de restitution d'un visage une normalisation de son existence. Or, elle doit bien être consciente du fait que cette opération peut, en réalité, aboutir à un résultat inférieur à celui auquel elle aurait pu parvenir par un travail personnel visant à accepter le handicap provoqué par l'accident ; ce qui impliquerait, dans ce cas, par voie de conséquence, de devoir concevoir de nouvelles modalités d'existence.

²⁸⁴ Delaporte François, Fournier Emmanuel, Devauchelle Bernard (sous la direction de), *La fabrique du visage. De la physiognomonie antique à la première greffe avec un inédit de Duchenne de Boulogne*, op.cit., p. 234.

Il convient d'insister, particulièrement, sur le fait que la nature même de l'acte chirurgical modifie les conditions de vie du patient. Il doit, notamment, à mon sens, accepter l'instauration d'une temporalité particulière qui est celle de la restauration progressive des fonctionnalités altérées ou perdues du corps²⁸⁵, de l'élaboration graduée d'éléments de vie supportables, de l'acceptation, le cas échéant, des contraintes d'un traitement médical à vie. Mais, nous devons bien reconnaître que ce travail est sans cesse menacé. En effet, ce que la médecine technico-scientifique a construit, peut être, à tout moment, déconstruit par une nature malveillante. Ainsi, le rejet des éléments greffés peut se matérialiser à chaque instant.

Par ailleurs, il est à souligner que les conditions d'existence du patient dépendent aussi du règlement effectif d'un possible conflit d'intérêts. En d'autres termes, on ne doit pas négliger le fait que l'intervention chirurgicale peut être le point nodal d'une divergence profonde entre les intérêts respectifs des parties en présence. Appuyons-nous, pour illustrer cette assertion, sur l'exemple de la greffe de la main. Si elle est, possiblement, envisagée par le patient comme le moyen de retrouver la maîtrise d'un instrument de musique ou la précision d'un geste professionnel, le chirurgien, lui, vise la récupération à minima des gestes élémentaires de la vie courante. On peut, par conséquent, considérer que la virtuosité technique du chirurgien est comprise par le patient comme la promesse d'un retour idéalisé au moment de sa vie où il disposait de ses deux mains. En ce sens, il semble bien que le fait de retrouver la maîtrise de l'instrument de musique ou la précision du geste technique signifie le retour à une normalité, temporairement, perdue.

Mais, avant tout, ce qui détermine l'orientation de la vie du patient c'est qu'avec l'intervention chirurgicale, il entre de plain-pied dans l'imprévisibilité quant aux événements qui vont advenir, et dans l'incertitude quant à son avenir. En effet, pour la personne traumatisée, ses repères existentiels sont soumis à des mouvements dont l'amplitude est liée à l'évolution de sa situation médicale. Par voie de conséquence, la personne se doit de les

²⁸⁵ Ainsi, dans le cas d'une greffe de la main, de longs mois sont nécessaires pour que le patient soit en mesure d'utiliser un peu utilement ses mains.

recréer sans cesse, en mobilisant une énergie dont la présence n'est jamais garantie. Cette action me semble être de nature, lorsqu'elle est réussie, à établir une continuité à être malgré l'expérience déstructurante du traumatisme, et l'inquiétude liée à l'intervention de la médecine technico-scientifique sur une partie du corps qui permet l'identification de la personne, et qui est l'une des instances de son expressivité. En effet, il faut bien voir que le sujet vit des moments extrêmes de son existence dans la mesure où le traumatisme génère de la détresse et où l'acceptation de l'intervention du chirurgien constitue, à la fois, une prise de risque multiforme et, en même temps, la détermination du sens que son existence va prendre.

Ce que nous devons retenir c'est que la personne est seule dans sa confrontation avec elle-même. Les choix à opérer, les décisions à prendre sont de son seul ressort. Si on réfléchit sur la nature de l'allotransplantation de tissus composites de la face, on peut s'apercevoir qu'il s'agit d'une intervention technique aux implications singulières. En effet, on peut penser que la personne traumatisée éprouve une angoisse particulière alimentée par le sentiment d'être devenue une étrangère parmi les siens ; en quelque sorte, une créature impossible à reconnaître. Aussi, l'enjeu, pour la médecine technico-scientifique, est bien de permettre à la personne de renouer avec une image acceptable, de retrouver une expressivité qui est un élément déterminant pour la construction d'une nouvelle identité.

Mais, il faut bien voir que les gestes techniques ont une portée particulière. L'annonce de l'intervention chirurgicale vient faire effraction dans l'espace de représentation du receveur potentiel, ébranle l'ordre de ses certitudes, met en question l'aptitude à penser dans la continuité, même si la perspective de la réalisation du geste technique est, dans le même temps, porteuse d'espairs. Néanmoins, nous ne devons pas négliger le fait que la possibilité du rétablissement d'une continuité de vie acceptable, grâce à l'intervention de la médecine technico-scientifique, n'est pas en mesure de faire disparaître le risque de la mort du patient. Nous devons admettre que l'intervention chirurgicale introduit une rupture, et qu'en conséquence le rétablissement d'une durabilité d'existence implique un travail cicatriciel toujours potentiellement porteur de souffrances. Notons que cette entreprise s'avère

complexe ; notamment, parce que la resensibilisation du transplant et sa mobilité progressive s'inscrivent dans un temps qui est, potentiellement, un facteur de désagrégation. En outre, nous devons prendre en considération le fait que le moment de l'intervention technique n'est qu'une séquence temporelle dans un continuum qui est celui de l'existence de la personne greffée.

Si la réussite de l'acte technique est porteuse d'espoirs, il n'en demeure pas moins vrai que le patient est confronté à une difficulté qui est celle de s'inscrire dans une dynamique psychique qui consiste à se penser en sachant que, désormais, il y a un autre en lui. Il faut bien être conscient du fait que, pour la personne, l'image d'un autre visage, alliance d'éléments organiques originaires et rapportés, signe la présence du donneur qui, par conséquent, ne s'effacera pas. Se pose, alors, à mon sens, la redoutable question de l'accueil de l'autre sans se perdre soi-même. De fait, la personne doit pouvoir accepter ce qui la sauve, mais ce qui, dans le même mouvement, l'enferme. En outre, il est concevable que vivre avec l'élément organique d'un autre, c'est s'approprier une partie de son existence, et, par conséquent, de sa personne. On voit donc, me semble-t-il, poindre un risque qui est celui, pour la personne, d'être durablement travaillée par la présence de cette altérité. Elle se trouve, alors, à mon sens, face à une tâche impartie où perce la complexité. Elle doit, en effet, éviter d'éprouver le sentiment d'être deux en un, sous peine de perdre son identité.

Ainsi, il apparaît bien que l'intervention chirurgicale réparatrice conduit la personne à entreprendre un travail inédit qui consiste à s'imprégner de ce sentiment d'être soi tout en ayant en soi quelque chose d'un autre. Se forge ainsi une dialectique singulière de l'être et de l'avoir. Mais, nous devons bien nous rendre à l'évidence que ces parties de l'autre qui deviennent des parts de soi cristallisent à la fois des inquiétudes et des exigences ; ce qui, par voie de conséquence, implique que la personne traumatisée qui tente de se reconstruire dispose d'une force psychique suffisante pour pouvoir y répondre de manière efficiente. En outre, on ne peut pas s'empêcher de penser que la personne bénéficiaire d'une allotransplantation de tissus composites de la face éprouve une dette envers le donneur qui

peut s'exprimer à travers une vigilance prévenante vis-à-vis de ces éléments précieux dont elle est l'hôte, et qui matérialisent, soulignons-le, une possibilité de renaissance et, donc, un ancrage indéfectible dans la valeur de la vie. Aussi, dans ces conditions, il n'est pas surprenant de voir surgir une exigence empreinte du sceau de l'évidence : la personne se doit d'en prendre soin. On peut, donc, logiquement en déduire que, dès lors, se ménager et protéger sa santé est une façon, pour la personne victime d'un traumatisme de la face, et bénéficiaire d'une allotransplantation de tissus composites, d'exprimer sa reconnaissance, et de consentir à la présence de l'autre en elle.

Nous devons bien convenir que le visage de la personne qui a subi une allotransplantation de tissus composites de la face n'est plus celui qu'elle possédait avant le traumatisme, ni même celui de la défiguration. Elle doit, par conséquent, se défier d'opérer une comparaison avec ses traits originaires, et faire le deuil de ses visages précédents afin de pouvoir opérer une conciliation avec l'apparence qui résulte de l'intervention de la *main armée* du chirurgien. Mais, cette expérience inédite ne peut être qu'une source de questionnement. Comment, en effet, faire pour se sentir bien avec un nouveau visage ? Comment faire sien le visage d'un autre ? Comment s'exposer au regard d'autrui avec la part d'un autre qui a côtoyé la mort ? Est-il vraiment vivant ? A-t-il une identité, ce visage qui vous regarde ? Peut-on vivre avec plusieurs visages ? Mon existence ne se réduit-elle pas au port successif de masques qui personnifient autant de caractères différents ? Avec quel visage est-ce-que je pense ? Comme on le voit, ce questionnement multiforme est relatif à l'identité de la personne.

Chacun peut aisément convenir que le visage est un élément essentiel dans le processus d'élaboration de l'identité personnelle. Ainsi, sa reconnaissance s'opère sous un double plan : la personne identifie son visage comme son propre visage, et elle accepte ce visage comme étant le sien. Par conséquent, on voit bien que cette opération d'identification est menacée par le déni ou le refus de prendre en considération, et de faire sien le visage coproduit par le traumatisme et l'intervention réparatrice de la médecine technico-

scientifique. Or, il faut bien mettre en évidence le fait que l'identité apparaît, de prime abord, comme le marqueur des différences. En effet, tout ce qui caractérise la personne en propre est en même temps ce qui la sépare de l'autre. Dans les exemples que nous avons utilisés, la reconstruction du sein après une mastectomie et l'allotransplantation de tissus composites de la face, la personne passe par des stades identificatoires successifs et différenciés ; ce qu'elle était avant la pathologie ou l'accident, ce qu'elle est devenue de par la maladie ou le traumatisme, ce qu'elle est après le geste chirurgical à vocation réparatrice de la médecine technico-scientifique. On peut, donc, à mon sens, considérer que l'identité de la personne c'est sa capacité à concilier l'enchaînement d'états distincts porteurs de dissonances ; ce qui ne peut s'opérer que par un remodelage, un réagencement de soi. Il s'agit pour la personne de recommencer autrement ; ce qui implique qu'elle soit en mesure d'abandonner, d'oublier, pour mieux recomposer et créer. Ce que nous pouvons qualifier de vacillement identitaire peut, alors, se comprendre comme la difficulté qu'éprouve la personne à procéder à l'agencement de ces séquences parce que, justement, elles contiennent des éléments de déstabilisation, de dislocation.

Aussi, pour pouvoir les contrecarrer, la personne se doit, me semble-t-il, de mobiliser des dispositions stables et constantes, c'est-à-dire, de fait, son caractère :

« Par cette stabilité empruntée aux habitudes et aux identifications acquises, autrement dit aux dispositions, le caractère assure à la fois l'identité numérique, l'identité qualitative, la continuité ininterrompue dans le changement et finalement la permanence dans le temps qui définissent la mêmété²⁸⁶ ».

Mais, il ne faut pas oublier que s'engager dans l'action signifie que la personne est capable de donner une orientation et, donc, un sens à son existence. En effet, pour ne pas se perdre, la personne victime d'un traumatisme doit, pour moi, nécessairement, effectuer la mise en relation des événements, des ressentis, des vécus qui constituent et qui jalonnent le parcours initié par sa blessure à ses traits de personnalité, aux éléments de son histoire. Ensuite, c'est

²⁸⁶ Ricœur Paul, *Soi-même comme un autre*, Paris, Le Seuil, 1990, p.147.

bien au travers de ce qu'elle élabore à partir de la représentation qu'elle a de son traumatisme et de sa corrélation avec ses croyances, ses valeurs, ses aspirations que la personne est à même de donner une signification à ce qui lui arrive, et à concevoir ce vers quoi elle va s'orienter.

Mais, pour moi, l'expression de cette marque distinctive est insuffisante en elle-même. Elle doit, me semble-t-il, être nécessairement ancrée dans l'engagement que la personne prend vis-à-vis d'elle-même :

« A cet égard, la tenue de la promesse, comme il a été rappelé plus haut, paraît bien constituer un défi au temps, un déni du changement : quand même mon désir changerait, quand même je changerais d'opinion, d'inclinaison, « je maintiendrai »²⁸⁷ ».

Ainsi, le serment que la personne prononce à l'égard d'elle-même consiste à ne pas se laisser subvertir par l'épreuve. Il s'agit, par conséquent, de fournir les efforts nécessaires pour pouvoir modérer la puissance des effets du traumatisme et de l'intervention chirurgicale réparatrice. On peut considérer que l'objectif que la personne s'assigne à elle-même est d'éviter que les événements ne gagnent en amplitude afin de préserver sa capacité à agir. Aussi, employer toutes les ressources dont on dispose pour ne pas se résigner à ce que l'on est devenu, pour ne pas consacrer l'abandon de ce que l'on est, traduit une forme de fidélité à soi que l'on peut reconnaître comme un trait identitaire, et une capacité à se projeter dans un avenir recelant des possibles à actualiser. S'affirment, ainsi, une stabilité et une solidité du soi inébranlables, quelque soient les situations rencontrées.

Manifestement, les éléments constitutifs de l'identité personnelle, à savoir le caractère et l'engagement que la personne prend vis-à-vis d'elle-même, sont requis de par les caractéristiques propres aux événements vécus qui entourent les interventions chirurgicales relatives à des remodelages du corps humain. En ce qui me concerne, le caractère et la fidélité

²⁸⁷ *Ibid.*, p.149.

vis-à-vis de soi-même m'apparaissent comme les constituants d'un système de protection au rôle analogue à celui que joue le système immunitaire :

« [II] nous protégera durant toute notre existence contre la plupart des innombrables incarnations, perpétuellement changeantes, des virus, des bactéries et des parasites qui nous entourent et nous habitent ²⁸⁸ ».

Mais, toute la difficulté réside dans le fait de devoir penser le changement comme un événement qui affecte quelque chose qui ne se transforme pas. Les dispositions propres à la personne et la fidélité qu'elle exprime vis-à-vis d'elle-même constituent ce qui demeure, ce qui dure sans interruption, ce qui permet de résister aux facteurs potentiels de dislocation inhérents aux traumatismes et aux tentatives de réparation par la technique chirurgicale. On peut, par conséquent, qualifier ces éléments d'invariants qui sont à même de pouvoir conjurer la menace de dilution de l'identité. Néanmoins, des questions restent posées. Les dispositions propres à la personne sont-elles de nature à lui permettre d'affronter une situation inédite ? La parole que la personne s'est donnée à elle-même de se maintenir dans l'épreuve traversée est-elle suffisamment affermie pour qu'elle ne se perde pas dans cette *inquiétante étrangeté* qu'elle incarne désormais ?

Pour conclure, nous avons, donc, vu qu'un traumatisme profond détricote le fil de l'identité, et que l'intervention chirurgicale à vocation réparatrice emmène la personne aux confins d'elle-même. En effet, le traumatisme est un événement inédit dont l'intensité est inégalée. Il est de nature à briser les dispositions propres à la personne, et à lui faire rompre avec l'engagement qu'elle a pris avec elle-même de résister aux facteurs de désagrégation. Il apparaît bien que l'effraction majeure que constitue le traumatisme entre en résonance avec la nécessaire intervention de la médecine technico-scientifique et sa cohorte de contraintes, de renoncements multiples, d'exams invasifs, de soins astreignants. Dès lors, se pose la question de savoir comment renouer avec soi-même lorsque les atteintes à l'intégrité du corps,

²⁸⁸ Ameisen Jean-Claude, *La sculpture du vivant*, op.cit., p.78.

les sensations étranges, les expériences nouvelles portent loin de soi. Décomposé, recomposé, transformé, qui suis-je ? En effet, la personne peut se dire que celle qu'elle était n'est plus, et elle peut légitimement se demander si celle qu'elle est devenue va subsister, et lui permettre de continuer à être elle-même. De fait, la capacité de la personne à pouvoir opérer un remodelage identitaire traduit une plasticité propre à se saisir des facteurs de désagrégation et à les convertir en éléments de nature à lui permettre de renouer avec elle-même. On peut dire que la réconciliation avec soi-même trouve sa traduction dans le fait, pour la personne, de retrouver une capacité à se projeter au devant d'elle-même, dans un avenir, en dépit des incertitudes que comporte sa situation médicale.

C'est un fait. Confrontée à une situation déstabilisante, à un traumatisme sévère, à une maladie grave, la personne peut afficher un comportement atonique qui est une forme de dépossession de soi. Dans ce cas, on peut dire que la passivité face aux événements vide l'existence du sens qu'elle recèle. Par contre, pour d'autres, les revers rencontrés au cours de leur vie, les souffrances éprouvées n'anéantissent pas leur capacité de réaction ; bien au contraire, elles la stimulent au point de les amener à agir de manière inventive. On comprend que, dans ces conditions, on puisse s'interroger sur ce qu'institue une action qui repose sur la sensibilité et l'intelligence de la personne, et qui vise à favoriser l'émergence de réponses originales et appropriées lorsqu'elle est confrontée à la résolution de problématiques liées à sa santé.

D) L'agir créatif comme instauration de sens et d'authenticité :

Il faut bien reconnaître que cette attitude n'est pas en soi étonnante dans la mesure où il est généralement admis que la créativité constitue un puissant dérivatif au pouvoir dévastateur de la douleur ou à l'obsession que peut constituer, par exemple, la présence d'un état pathologique. Néanmoins, il est vrai que l'existence d'éléments destructurants enferme la personne dans un présent angoissant de nature à annihiler toute velléité d'action. Ainsi, on peut même penser que la pathologie induit la passivité du malade dans la mesure où il est le siège d'un événement qu'il n'a pas initié, mais qui a une force prégnante sur son existence. En

effet, ce qui déstabilise a, à mon sens, pour effet d'inciter la personne à se concentrer sur ce qu'elle subit, sur ce qu'elle endure, à éprouver de l'angoisse quant à son devenir. En outre, dans le cas de la maladie, si la personne est aux prises avec des processus de dislocation, de désagrégation, d'anéantissement, elle doit, aussi, lorsque son état nécessite une prise en charge par la médecine, composer avec les prescriptions médicales, accepter l'administration des traitements, gérer leurs effets secondaires qui peuvent être à l'origine de troubles supplémentaires, subir des interventions chirurgicales parfois mutilantes. De plus, si elle est hospitalisée, la personne doit se conformer aux contraintes organisationnelles inhérentes à la vie collective qui l'inscrivent dans une chronicité, une répétitivité et une inertie. Par conséquent, il est compréhensible que, dans ces conditions, la personne puisse être tentée de se replier sur ce qui constitue, désormais, le centre de son existence. Ainsi, confrontée à la prégnance de la maladie, situation non désirée, elle peut se réfugier dans le fatalisme et renoncer à toute action.

Or, à l'analyse, on constate que la maladie n'est peut être pas à envisager comme l'expression d'une pure négativité. En effet, aussi paradoxal que cela puisse paraître, on peut la qualifier de processus créatif dans la mesure où elle est une instance de production de modifications organiques et psychiques comme l'a souligné, en son temps, René Leriche :

« Mais, assez vite, dans bien des cas, elle [la maladie] fait apparaître en nous quelque chose qui n'y était pas, un état nouveau ayant désormais et définitivement ses réactions propres. J'entends bien que celles-ci sont, toujours, dans la ligne des possibilités tissulaires, ainsi que le pensait Bernard ; mais elles évoluent dans un équilibre physiologique inédit qui n'est plus exactement celui de l'homme standard que nous connaissons. L'ancien malade n'est plus malade. Il se porte bien. Mais, à nos yeux d'analyste, il est un homme nouveau, n'ayant plus les mêmes seuils d'excrétion et de sécrétion, n'ayant plus le même comportement de sa sensibilité, possédant des réponses vaso-motrices différentes de celles d'avant, des humeurs changées, des réactions d'immunité qui n'existaient pas en lui, et qui sont bien des créations inattendues. Son psychisme est souvent modifié. Désormais, tout son organisme subit moins la loi d'une physiologie déviée que celle d'une physiologie nouvelle où beaucoup de choses

accordées à des tons nouveaux, ont des résonances inusitées. En somme, la maladie a créé un tempérament qui n'est plus exactement celui transmis par l'hérédité²⁸⁹ ».

Il est manifeste que l'une des caractéristiques de la maladie est de transformer le cours de la vie courante de la personne. Par voie de conséquence, elle est confrontée au fait que ses schémas de pensée liés à ses activités ordinaires sont devenus inopérants, étant donné que le travail de la pathologie induit des changements de perspectives, des modifications dans la valeur qu'elle a accordée jusqu'à présent aux choses de la vie.

Ainsi, ce qui, avant de souffrir, semblait aux yeux de la personne avoir de l'importance, devient, soudainement, dérisoire, et inversement. On peut donc considérer que la vision du monde diffère selon que la personne s'éprouve en bonne santé ou dans un état pathologique. Aussi, il me semble important de souligner que l'existence même de la souffrance appelle le renouvellement du regard sur soi-même et sur le monde :

« [...] l'indicible attrait qu'exercent toujours les nouveaux éclairages est souvent assez puissant pour mettre en échec toutes les tentatives de suicide et pour faire paraître hautement désirable à l'être souffrant de continuer à vivre²⁹⁰ ».

Rappelons, à cet égard, que pour les Stoïciens, supporter la douleur permet à la personne de montrer sa force mentale, d'afficher sa volonté de surmonter les injonctions de son corps ; bref, de prendre le contrôle des événements. L'enjeu est, en effet, pour la personne affaiblie et meurtrie d'établir une continuité existentielle ; ce qui implique que, même sous l'emprise d'une situation déstabilisante et inédite, elle soit toujours en mesure d'actualiser des possibles en utilisant sa capacité à agir. Il est vrai qu'à l'exception de cas extrêmes, comme celui du coma, on peut légitimement penser que la personne conserve une puissance d'action, même si elle est, à l'évidence, d'intensité variable, qu'elle peut, par conséquent, mobiliser afin de ne pas être paralysée par la présence de la pathologie et les effets qu'elle induit. Il est manifeste que la maladie donne à la personne l'occasion de créer un véritable art du

²⁸⁹ Leriche René, *La philosophie de la chirurgie, op.cit.*, p.31.

²⁹⁰ Nietzsche Friedrich, *Aurore*, trad. Julien Hervier, Paris, Gallimard, 1980, p.94.

dépassement des situations déstabilisantes, c'est-à-dire d'aller au-delà d'elle-même et de transcender sa condition, dans un contexte où il y a une urgence à agir. En effet, l'inaction ne peut que conduire la personne à courir le risque d'être expropriée de chez elle, sans aucun espoir de retour.

En ce qui me concerne, l'attitude qui consiste à se soigner par soi-même s'inscrit, nécessairement, dans un agir créatif lorsqu'il s'agit d'affronter l'imprévisibilité des manifestations pathologiques, d'élaborer une voie thérapeutique originale, de concilier la chronicité de la maladie avec une activité de soignant, d'instaurer les conditions susceptibles de déjouer les facteurs de déstabilisation induits par la capacité réparatrice de la chirurgie et de lutter contre les effets de dépossession de soi provoqués par la médecine technico-scientifique. Néanmoins, nous ne devons pas négliger le fait que la capacité à agir créativement est toujours susceptible d'être entravée puisque la personne peut se heurter à l'impossibilité de dépasser les contraintes que recèle sa situation ou de mettre à distance les injonctions normatives médicales et/ou sociétales. Toutefois, il n'en reste par moins vrai qu'agir créativement est une prise de position existentielle en faveur de la vie où s'affirme à la fois l'instauration d'un sens et une authenticité avec soi-même. Comme nous avons, précédemment, établi que la nature et les modalités de fonctionnement de la médecine technico-scientifique appellent de la part des personnes la mobilisation d'une aptitude particulière qui est celle qui consiste à élaborer des réponses novatrices à une situation déstabilisante, il nous appartient, maintenant, de tenter de comprendre ce qu'est l'agir créatif et d'en établir les fondements.

Le recours à cette manière d'agir n'est pas surprenant dans la mesure où il existe un lien incontestable et indéfectible entre, d'une part, la puissance créatrice de la nature à l'œuvre, ne serait-ce que par les transformations physiologiques qu'elle opère dans l'organisme, et, d'autre part, l'impérieuse nécessité qui s'impose à la personne de devoir se mettre à son diapason, en se montrant au moins aussi créative qu'elle, lorsqu'elle éprouve des frustrations, des insatisfactions, des manques, des besoins. Il faut, néanmoins, que la personne

concernée soit convaincue que son monde peut être transformé, qu'elle peut inventer l'avenir, qu'elle possède la volonté d'agir en ce sens, et qu'elle n'éprouve aucune crainte à se projeter dans l'inconnu.

Ainsi, si nous considérons la production d'une œuvre par un artiste, nous pouvons dire que créer c'est concrétiser par un objet, un projet conçu par la sensibilité et l'intelligence sous une forme originale et inédite. Nous avons, par conséquent, affaire à un mode de détermination de l'exister puisqu'il s'agit d'imprimer, intentionnellement, une marque particulière sur la réalité, de la qualifier autrement. Lorsque nous entrons dans un processus créatif nous avons, en fait, recours à une manière spécifique de percevoir et d'agir. En effet, notre rapport à la réalité n'est pas une relation de soumission. Elle n'est pas appréhendée comme étant ce avec quoi nous devons nous accorder. Créer n'est pas une simple faculté adaptative, même si notre imaginaire se déploie sur une toile de fond qui est celle de notre monde. L'acte créatif implique un travail qui consiste à relier entre eux les éléments du ressenti, du vécu, selon une décision libre, pour en constituer la matière nécessaire à notre imagination ; faculté indispensable si nous voulons instaurer de l'inédit. Nous nous approprions et nous utilisons les éléments constitutifs de notre monde comme points d'appui à partir desquels, en mobilisant nos propres ressources, nous développons d'imprévisibles lignes de différenciation dans la réalité. C'est bien la présence de ce monde qui est pour la conscience un appel pour le transformer. A partir d'une impulsion intérieure, nous concevons et portons à l'existence ce qui n'existait pas auparavant, ce qui est hors du commun, sans modèle connu ; et ce qui est produit, par cette faculté spécifiée qu'est la créativité, rend autre l'existant.

Par l'agir créatif, la personne donne du sens à ce qu'elle vit, elle affirme la valeur de son existence, elle la tonifie, elle s'appréhende elle-même comme être de pure vitalité qui est l'expression intelligible de sa sensibilité. Créer, c'est l'acte libre par excellence. Dans ce mouvement qui consiste à passer d'une forme initiale et actuelle à une forme différente par l'effet d'une transformation induite par l'imaginaire, ce qui existe est appelé à disparaître, ce

qui n'existe pas encore est appelé à apparaître. Ainsi, la feuille blanche devient le support du poème qui métamorphose l'appréhension du monde. Aussi, être créatif implique déjà de laisser libre cours à son intériorité, c'est-à-dire à ses fantasmes, ses intuitions, ses sensations, ses rêves, et d'élargir le champ de ses expériences. Ces éléments, à la condition qu'ils n'entravent pas l'action de la personne, alimentent le processus créatif.

Porter à l'existence ce qui n'existait pas concourt à l'établissement d'un sentiment de confiance dans l'expression de l'originalité que la personne porte en elle. Mais, nous devons bien admettre que créer c'est prendre des risques, c'est devoir accepter les essais hasardeux et les erreurs. De surcroît, l'agir créatif ne garantit pas d'aboutir à un résultat qui correspond aux attentes. Le créateur peut être confronté à des séquences où il se heurte à des obstacles, des impossibilités, des impasses. Aussi, il se doit de rétablir la continuité du processus créatif par des avancées fulgurantes, des bonds dans l'inconnu. Par conséquent, cette manière d'agir réclame, de la part de la personne, une force de caractère suffisante pour lui garantir que la présence d'une difficulté ne la fera pas renoncer. Le créateur doit également prendre en compte l'effet de maturation du temps. En effet, c'est bien la durée d'activation du processus créatif qui permet cette combinaison fusionnelle d'éléments qui prend corps progressivement, et dont l'aboutissement est l'émergence de l'inédit. Le temps de l'innovation est en coïncidence avec l'innovation elle-même. A travers l'acte créatif, la personne accepte qu'émerge d'elle ce qui, en elle, est encore étranger, ce qui va la surprendre, l'étonner. Elle se découvre autre que celle qu'elle croit être. Cet autre qui se dévoile est un être qui se révèle capable de faire exister de l'unique et du singulier, en dépit de la présence de forces d'inertie et de la prégnance du répétitif. Le créateur est celui qui se renouvelle sans cesse parce que tout pour lui est toujours nouveau.

Dans la problématique du soin à soi-même, mon approche de l'agir créatif consiste à le concevoir comme la mise en œuvre d'une capacité de rebond face à des situations douloureuses et/ou déstabilisantes. En ce sens, on peut dire qu'il apporte une coloration particulière à un événement de la vie ordinaire qui justement ne l'est plus. On peut,

également, considérer que l'attitude qui consiste à agir créativement est, en quelque sorte, la garantie que la personne se donne à elle-même d'être bien vivante, et d'être en mesure de neutraliser les éléments de déstabilisation, voire de destruction qui sommeillent ou qui œuvrent en elle.

Aussi, on peut estimer que l'agir créatif permet d'opérer la *contre-effectuation* de l'épreuve déstabilisante :

« Par contre-effectuation [...], nous entendons le processus par lequel un événement, d'abord subi, se trouve approprié, doté de sens et transmuté, en fonction de la puissance d'action et des valeurs de vie que les individus déploient pour y faire face²⁹¹ ».

C'est donc un acte qui initie et institue le dépassement de la vulnérabilité engendrée par les éléments de nature à déstructurer l'existence comme, par exemple, la pathologie. En effet, nous devons bien reconnaître que :

« La maladie toujours irradie comme si l'organisme était pris dans sa totalité et comme s'il était limité dans ses initiatives. Être malade, c'est alors perdre de sa liberté et devoir vivre dans le rétrécissement et la dépendance²⁹² ».

De fait, il semble bien que la présence de la pathologie soit une incitation pour la personne à se placer dans un rapport déterminé avec la réalité à laquelle elle est confrontée. Il est vrai qu'elle a la faculté de se convaincre qu'elle ne peut que subir les événements. Mais, elle est, aussi, à même d'adopter l'attitude qui consiste à s'engager, et à mobiliser ses capacités créatives pour transformer ce qu'elle estime être insupportable. Dans ce cas de figure, la personne utilise des éléments liés à sa pathologie pour dénouer une situation déstabilisante qui est, de surcroît, de nature évolutive et qui présente des perspectives incertaines. En ce sens, l'agir créatif est, pour moi, à comprendre comme une forme de conjuration dynamique des effets potentiels de dislocation provoqués par la maladie.

²⁹¹ Zarifian Philippe, *Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle*, Paris, Presses Universitaires de France, 2009, p.121.

²⁹² Dagognet François, *Pour une philosophie de la maladie*, Paris, Éditions Textuel, 1996, p.20.

Mais, de manière générale, nous devons être attentifs au fait que si être créatif c'est bien entreprendre une action en réaction à une situation déstructurante, il n'en demeure pas moins vrai qu'il existe de puissants facteurs susceptibles d'annihiler cette capacité de la personne comme, par exemple, le conformisme, le respect des modèles, des normes, des codes sociétaux, l'assujettissement à des croyances. A cet égard, il convient de souligner, à nouveau, que le respect de la norme, c'est-à-dire une contrainte extérieure intériorisée par la personne, possède d'autant plus de force qu'il a tendance à s'imposer comme la réponse la mieux adaptée lorsqu'il s'agit d'affronter une situation difficile.

Or, agir de manière créative c'est justement mettre en question l'ordre apparent, convenu, c'est-à-dire ce qui est donné comme allant de soi. Dans ces conditions, on peut, par conséquent, considérer que la visée de l'acte créatif consiste, en fait, à désaccorder l'existant pour l'harmoniser différemment. En ce sens, il s'agit, pour la personne, de transformer, par un mouvement d'ouverture à l'inconnu, au jamais vu, au jamais pensé, au jamais conçu, au jamais réalisé, ce qui constitue le coefficient d'adversité des choses en facteur d'agrément. Mais, il faut souligner la difficulté de cette opération dans la mesure où elle se heurte à des obstacles tangibles. En effet, les buts à atteindre peuvent se révéler être inaccessibles ou incompatibles entre eux. Par conséquent, la personne se doit d'être discriminante dans le choix de ses actions. De fait, elle introduit de la détermination dans une réalité indistincte.

En outre, nous devons bien être conscients du fait qu'une situation de précarité ou de faiblesse est toujours susceptible de faire qu'une capacité devienne une incapacité. Cela signifie, donc, que l'aptitude à l'agir créatif est empreinte de fragilité. Elle nous rappelle, par conséquent, que, d'une part, l'être humain n'a pas en permanence des facultés en puissance prêtes à s'actualiser et que, d'autre part, lorsqu'elles existent, elles sont toujours susceptibles de régresser ou de disparaître. Néanmoins, nous pouvons noter, au passage, qu'agir en mode créatif est le signe que la personne est en bonne santé puisqu'elle parvient à faire cohabiter des formes d'existence antinomiques. Autrement dit, si la vie physiologique est nécessairement réduite, la vie de l'esprit, elle, apparaît bien plus intense.

Par ailleurs, il faut bien voir que, dans l'agir créatif, le sujet s'invente, c'est-à-dire qu'il est celui qui est capable de porter à l'existence des éléments inédits, malgré la quotidienneté répétitive, en dépassant les contraintes et en acceptant de relever le défi que représente toute situation déstabilisante. Par voie de conséquence, on peut affirmer qu'agir en mode créatif diffère de la méthode qui consiste à opérer une sélection dans un vivier d'éléments déjà déterminés ou qui n'auraient pas besoin de l'être. A l'évidence, chacun peut admettre que chaque situation de l'existence y compris celle de crise s'inscrit dans un champ d'action qui recèle de multiples possibilités pratiques. Mais, par définition, l'inédit que recèle une situation déstabilisante ne peut pas être abordé et traité par le recours à des normes établies, par l'utilisation de recettes éprouvées ou par l'invocation de la tradition, de la coutume, de l'habitude. Néanmoins, il convient de remarquer que l'une des attitudes qu'il est possible, pour la personne, d'observer est celle qui consiste, dans l'adversité, à faire appel au souvenir des événements qui ont apporté de la positivité dans l'existence, des moments de bien-être et de bonheur. Certes, on peut admettre que le retour sur le passé permet de tisser à nouveau un lien mémoriel avec des expériences enrichissantes et pourvoyeuses de bien-être. Mais, on peut, aussi, se poser légitimement la question de savoir si cette évocation possède une vertu consolatrice, si elle est réellement de nature à aider la personne à affronter et à surmonter, le cas échéant, un traumatisme profond ou une pathologie grave. En effet, l'évocation d'un âge d'or où tout allait bien n'ouvre pas de perspective qui puisse permettre à un être humain de faire face à une situation inédite. A l'évidence, le souvenir s'inscrit dans un registre clos qui est celui du connu qui, par conséquent, ne peut avoir aucune valeur opératoire lorsqu'il s'agit de produire des éléments de réponse à une situation qui, par nature, n'a pas de précédent.

Il est à noter que, de fait, l'impossibilité de recourir à une solution éprouvée contribue à l'affirmation de l'individualité de la personne agissante qui est bien celle qui oriente, détermine l'action et lui apporte sa justification. Par conséquent, on voit bien que s'affirmer en tant que sujet créateur permet d'habiter différemment le monde. Dès lors, la personne n'est

plus celle qui subit mais celle qui, par le soubassement énergétique que constitue la présence à soi, cherche et met en œuvre des solutions originales à des problèmes spécifiques²⁹³. Ainsi, en dépit de la souffrance éprouvée, la personne est à même de garder intact un potentiel d'action contre la passivité et l'altérité. Aussi, l'exploration de la voie créatrice est bien, me semble-t-il, l'une des possibilités offertes aux hommes pour dépasser leur condition d'êtres finis soumis aux tourments. De fait, l'une des manières de faire face à l'adversité est d'instituer quelque chose qui n'existait pas avant la situation traumatique ou la maladie, dans la mesure où le jaillissement de l'inédit est par nature dérivatif, et il vient, en quelque sorte, limiter les effets de déstructuration. En outre, on peut établir que toute épreuve recèle un caractère dynamique puisque son vécu se déploie dans une dimension nouvelle, et avec une acuité exacerbée.

Comme nous l'avons vu, la personne est interpellée par une urgence à entreprendre, afin de transcender ses conditions d'existence. L'expression de cette puissance d'agir qu'est la créativité incarne, donc, une capacité à persévérer dans son être. Aussi, l'approche créative est bien une coloration caractéristique et une tonalité singulière quant à l'attitude qui est adoptée, par la personne, face à l'adversité. En effet, utiliser son inventivité c'est refuser une modalité d'existence qui consiste à se complaire, à se soumettre aux événements déstructurants, à s'y ajuster, et à être ainsi pris dans un autre processus créatif qui est celui du traumatisme ou de la pathologie. A l'analyse, il apparaît qu'être créatif c'est établir un nouveau rapport avec soi qui se nourrit de l'endiguement des éléments de dislocation et de l'invention de modalités d'existence irréductibles au pouvoir du traumatisme ou de la pathologie. Il est vrai qu'indéniablement la personne créative est une autre, inconnue jusqu'alors, qui se révèle, dans une originalité d'expression, par le déploiement d'une puissance augmentative et méliorative qui contribue, en outre, à approfondir la connaissance qu'elle a d'elle-même, puisqu'elle lui fait découvrir des possibilités d'action insoupçonnées.

²⁹³ A titre d'exemple illustratif, nous pouvons évoquer le cas d'Henri Matisse. Suite à une intervention chirurgicale, sa santé s'altère au point qu'il se trouve dans l'impossibilité de peindre. Dans sa recherche visant à se réinventer lui-même, il découvre de nouvelles possibilités d'expression artistique en utilisant la technique des papiers collés.

Choisir l'agir créatif c'est pour la personne signifier que, du fait même de l'existence d'éléments déstructurants, elle se doit de continuer à s'investir dans la vie, lui accorder un sens, affirmer sa valeur irréfragable. Mais c'est aussi une preuve de confiance envers soi et l'affirmation qu'être un acteur de transformation de réalités douloureuses est possible. Il convient d'observer, également, que la moindre vitalité organique qu'engendre, par exemple, une pathologie trouve une compensation dans la vie psychique qui voit, alors, une amplification de sa capacité au point de favoriser et de stimuler un processus créatif :

« L'hiver suivant, mon premier hiver à Gênes, cette étonnante spiritualisation qu'entraîne presque inmanquablement un extrême appauvrissement musculaire et sanguin, donna naissance à Aurore²⁹⁴ ».

Dans ce cas, la personne est capable de transcender sa condition de malade, et se projeter dans une activité stimulante qui vise à la libérer, au moins temporairement, des effets de la pathologie. On peut penser que cette attitude créative est alimentée par ce que produit le travail du pathologique qui amène nécessairement l'intellect de la personne à s'ouvrir à de nouveaux horizons. Ainsi, la simple mise en présence d'une feuille blanche est, pour le malade, un appel à exercer son pouvoir de faire exister, même si la présence de ce vide et la prise de risque que constitue le fait de le combler sont de nature à favoriser son angoisse. S'appliquer à la transformation de ce vide initial, de ce rien primaire, indique la voie de la possible mise à distance des éléments produits par la pathologie.

En ce sens, créer apparaît bien comme un processus dynamique où le moi dans un continuel devenir produit des « lignes et des figures de différenciation²⁹⁵ ». En outre, le fait de s'être investi dans un processus créatif, et de s'être, par exemple, appuyé sur la dynamique que recèle la maladie permet d'appréhender différemment la guérison. Elle est, alors, abordée, avec cette part d'expérience où la personne a su déployer des ressources pour ne pas subir, mais dépasser sa vulnérabilité et en faire un instrument d'émancipation de sa condition de

²⁹⁴ Nietzsche Friedrich, *Fragments Posthumes*, Début 1888-début janvier 1889, 24 [1], *op.cit.*, p.369.

²⁹⁵ Deleuze Gilles, *Différence et répétition*, Paris, Presses Universitaires de France, 1968, p.328.

malade. Aussi, rappelons-le, il est permis de penser que, dans la phase de guérison, le champ des possibles n'a pas à s'ouvrir à nouveau puisqu'il est demeuré ouvert tout le temps où la pathologie a eu libre cours pour s'exprimer. En fin de compte, ce qui est à retenir c'est que l'agir créatif est une construction dynamique et expressive de soi qui explore un champ de nouveaux possibles en présence d'éléments de déstructuration. De fait, le processus d'autocréation de soi consiste à résister aux phénomènes, aux situations qui nous paralysent, nous enkystent, nous sclérosent, qui entravent notre capacité à développer nos potentialités, qui nous empêchent de nous projeter au devant de nous-mêmes. Seul, à mon sens, l'agir créatif est de nature à permettre à la personne de sortir de la prégnance de ce qui la déstabilise pour pouvoir se projeter dans ce qui en constitue l'antithèse, c'est-à-dire l'affirmation du pouvoir conquérant de la vie.

Par ailleurs, si les forces de la vie s'affaiblissent du fait même des effets délétères produits par ce qui déstructure, on peut considérer que l'agir créatif est de nature à les réactiver de par le décentrement qu'il opère. Toutefois, il faut bien voir que cette action de diversion n'est pas à comprendre comme la simple mise en œuvre d'une technique de contournement d'une difficulté. En effet, elle est plutôt à concevoir comme l'art de révéler ce qui demeurerait caché à celui qui désirerait résoudre un problème en l'abordant de façon directe²⁹⁶. Si, comme le pense Winnicott, la créativité est inséparable de l'existence²⁹⁷, alors on doit pouvoir trouver bon nombre d'occasions où il est possible de mobiliser l'esprit d'invention dans une perspective thérapeutique. Pour le vérifier, nous allons nous intéresser, à nouveau, à une activité moins ordinaire qu'elle ne le paraît : le jardinage. Manifestement, nous pouvons mettre en évidence l'existence de liens avec la santé. Tout d'abord, s'il est vrai que consommer les légumes et les fruits que l'on a produits soi-même, en respectant les principes d'une culture saine, est en soi bénéfique, il faut bien avoir conscience qu'un jardin est une expression condensée de la nature et, à ce titre, il est un stimulant des sens et devient, par voie de conséquence, un vecteur de bien-être. Ensuite, le jardinage participe au

²⁹⁶ Ce qui est le cas lorsque l'on soulage une souffrance en utilisant la voie médicamenteuse.

²⁹⁷ Winnicott Donald Woods, *Jeu et réalité*, op.cit., p.95.

développement de la sphère affective et émotionnelle dans cette symbiose qui s'opère avec une nature qui s'exprime à travers le cycle répétitif plus lent et plus rassurant des saisons. Si jardiner est une activité profitable à la santé c'est, aussi, parce qu'elle mobilise le corps et qu'elle favorise le travail de l'équilibre postural.

Mais ce n'est pas tout puisqu'elle contribue, également, à entretenir les processus cognitifs ainsi que la mémoire. Il est difficile de ne pas admettre, par ailleurs, qu'elle constitue une aide à l'établissement d'un équilibre psychologique dans la mesure où l'insatisfaction existentielle que peut éprouver une personne se trouve confrontée à une nature qui se révèle, à elle, sans aucun trouble apparent. En outre, on peut, à bon droit, penser que l'art de cultiver un jardin favorise l'expression des forces de la vie et, par là même, ralentit le déclin des capacités psychomotrices. Enfin, l'effet thérapeutique du jardinage se mesure, également, au fait que face à des pathologies ou à l'avancée en âge, c'est-à-dire lorsque la perte de repères devient une source d'anxiété et de dépression, cette activité constitue, en quelque sorte, une balise ancrée dans le quotidien qui contribue à favoriser l'attachement des personnes aux valeurs de la vie. On peut, donc, à juste titre, me semble-t-il, considérer que l'une des caractéristiques du jardinage c'est d'être une ressource thérapeutique indirecte²⁹⁸. Par ailleurs, on peut estimer que le jardin est un univers délimité et clos qui favorise un rapport d'intimité de la personne avec elle-même. Mais, il faut bien voir que c'est, surtout, une *école d'intelligence du monde* qui est une source de création et d'enrichissement spirituel. Par conséquent, une activité banale comme le jardinage se révèle être bien plus qu'un hobby ordinaire.

²⁹⁸ Il existe un consensus pour dire que l'art de cultiver et d'entretenir un jardin contribue à l'amélioration de pathologies liées au handicap physique ou mental, à l'autisme, à certains troubles psychiatriques et aux maladies de Parkinson ou d'Alzheimer. Cette activité sert également à prévenir certains troubles psychosomatiques. Par ailleurs, les activités physiques et cognitives qu'elle favorise améliorent le tonus, la coordination des mouvements. Par conséquent, elles exercent une influence bénéfique sur les troubles moteurs, les problèmes psychologiques et psychiatriques. Enfin, elles favorisent la socialisation.

Activité de stimulation sensorielle, d'appropriation physique, émotionnelle, mentale, spirituelle de l'environnement naturel, le jardinage est l'occasion, pour la personne, de mettre son inventivité au service de sa santé. Jardiner apparaît bien comme étant un processus créatif stimulant puisque c'est une activité, inscrite dans la durée, qui appartient en propre à la personne, dans laquelle elle s'éprouve comme sujet agissant et qui lui procure de l'estime de soi. Il convient de rappeler, une nouvelle fois, que c'est à travers l'agir créatif que la personne, par ce qu'elle produit, découvre ses propres potentialités, et qu'elle se révèle à elle-même. L'agir créatif fait apparaître un soi qui n'existait pas auparavant et qui n'est pas donné par avance. En outre, il y a bien de la satisfaction à ne pas se laisser submerger par le cours des événements, à s'adapter à des situations nouvelles, à modifier sa façon de voir, de penser, à faire preuve de plasticité comportementale, à éclairer les zones d'ombre, à surmonter les difficultés, à apporter à des situations déstabilisantes des réponses inédites élaborées par soi-même.

Il convient, maintenant, d'en venir à l'examen des éléments qui constituent l'assise de l'agir créatif. Pour moi, l'action créative qui consiste à *contre-effectuer* l'épreuve déstabilisante repose sur un double fondement : d'une part, l'attention que la personne est capable de porter à elle-même et, d'autre part, son aptitude à l'auto-analyse. En effet, le mouvement de *contre-effectuation*, lorsqu'il est initié par la personne, s'enracine dans une perception et, par conséquent, témoigne d'une sensibilisation relative à des modifications quantitatives et qualitatives d'états physiologiques et psychiques. Ensuite, c'est bien à partir de ce qu'elle comprend de la situation à laquelle elle est confrontée que la personne en vient à élaborer les réponses qui lui semblent les plus appropriées. A l'évidence, le corps est le lieu où la vie se révèle à elle-même. De fait, la souffrance n'existe pas s'il n'y a pas un corps pour l'éprouver. Mais, il faut être attentif au fait que, si la personne se doit d'être attentive aux expressions de son corps, s'en soucier ne consiste pas à répondre aux injonctions mercantiles de la médecine moderne lorsque sa finalité est, par exemple, d'établir un conformisme de l'apparence. En effet, dans ce cas, nous nous éloignons de la véritable conscience corporelle

qui consiste à affiner nos propres perceptions, étant donné qu'il s'agit de parvenir à mieux sentir et ressentir, pour améliorer la connaissance de nous-mêmes et la qualité de notre rapport au monde. De fait, c'est bien son corps sentant et ressentant qui est à même d'apporter à la personne les matériaux nécessaires pour pouvoir opérer la transformation d'une réalité insatisfaisante ou insupportable.

Par contre, la personne qui se montre incapable d'une conscience aiguë du ressenti de son propre corps risque de s'épuiser dans une quête successive de sensations toujours plus rapides et éphémères qu'elle est, par ailleurs, notons-le, susceptible de renouveler par le recours à des paradis artificiels. Toutefois, un autre écueil guette la personne. En effet, on peut, légitimement, penser que, lorsque son corps est le siège de douleurs, de souffrances, elle est tentée de le ravalier au simple rang d'instrument dysfonctionnant. Cependant, il faut souligner que la personne n'est pas dépourvue de moyens pour éviter cette attitude. Elle peut, par exemple, travailler sur sa sensibilité perceptive et développer, ainsi, une capacité à trouver les voies qui peuvent l'aider à résister à des douleurs rebelles handicapantes.

On voit bien que l'intensification de la conscience corporelle recèle en elle les ferments d'une attitude méliorative applicable à la recherche d'un bien-être. Mais, la personne est alors confrontée à une nouvelle problématique à résoudre. Elle doit, en effet, trouver une juste mesure car, sans une certaine modération sensorielle, elle risque d'altérer sa capacité à appréhender le ressenti de son corps. Notons que, paradoxalement, c'est cette même modération sensorielle qui peut lui permettre d'aiguiser sa conscience somatique. Par ailleurs, nous devons admettre que la connaissance sensorielle ne présente pas un caractère de fiabilité absolue puisqu'elle peut nous abuser. Mais, il n'en demeure pas moins vrai que la prise de conscience la plus précoce possible d'une expression singulière, inhabituelle, du corps est de nature à permettre de détecter une anomalie qui signe la présence d'un dysfonctionnement organique avant qu'il ne se transforme, le cas échéant, en une douleur insupportable qui va entraver la capacité à agir de la personne, et lui interdire la réalisation de projets constitutifs de sens et porteur de valeurs pour elle.

C'est bien l'attention vive portée à notre expérience corporelle qui est de nature à nous permettre de distinguer les dysfonctionnements somatiques qui demeurent en temps normal inaperçus, même s'ils peuvent entraver l'agir. Aussi, le développement de l'acuité de la conscience corporelle participe à l'injonction socratique de la connaissance de soi dont l'approfondissement est nécessaire à quiconque désire améliorer ses conditions d'existence. Par conséquent, on voit bien que se dégage, ainsi, une manière de prévenir les altérations de la santé et, donc, de réduire les occasions d'entrer dans des processus de médicalisation. Aussi, il revient à chacun de bâtir le dispositif qui lui semble le plus approprié pour éveiller sa conscience corporelle à partir de l'attention portée à ses vécus, aux sensations internes éprouvées, à la perception des positions posturales et aux analyses qui en découlent. Il faut insister sur le fait que l'enjeu est d'importance car la personne en vient à produire progressivement un enfermement vis-à-vis d'elle-même en niant les souffrances corporelles, en réprimant ses émotions, en négligeant les signaux émis par son corps. En outre, il convient de prendre en considération le fait que l'organisme se modifie au fil du temps. Par conséquent, une attention vive portée aux sensations du corps est requise pour développer une conscience de soi différenciée et, ainsi, faciliter la traversée des différents âges de l'existence.

Mais l'attention que la personne est susceptible de porter à elle-même est insuffisante en soi pour pouvoir répondre efficacement à une situation déstabilisante. Pour y parvenir, la personne se doit de disposer, également, d'une capacité à analyser les situations problématiques et les facteurs de nature à entraver son action. Ainsi, c'est par un effort réflexif pour comprendre ce que fumer signifie que Sartre est parvenu à se défaire de cette habitude nuisible à sa santé :

« Il y a quelques années, je fus amené à décider de ne plus fumer. Le début fut rude et, à la vérité, je ne me souciais pas tant du goût du tabac que j'allais perdre que du sens de l'acte de fumer. Toute une cristallisation s'était faite : je fumais au spectacle, le matin en travaillant, le soir après dîner, et il me semblait qu'en cessant de fumer j'allais ôter son intérêt au spectacle, sa saveur au repas du soir, sa fraîche vivacité au travail du matin. Quel que dût être

l'événement inattendu qui frapperait mes yeux, il me semblait qu'il était fondamentalement appauvri dès lors que je ne pouvais plus l'accueillir en fumant. Être – susceptible – d'être – rencontré – par – moi – fumant : telle était la qualité concrète qui s'était épandue universellement sur les choses. Il me semblait que j'allais la leur arracher et que, au milieu de cet appauvrissement universel, il valait un peu moins la peine de vivre. Or, fumer est une réaction appropriative destructrice. Le tabac est un symbole de l'être « approprié », puisqu'il est détruit sur le rythme de mon souffle par une manière de « destruction continuée », qu'il passe en moi et que son changement en moi-même se manifeste symboliquement par la transformation du solide consommé en fumée. La liaison du paysage vu en fumant à ce petit sacrifice crématoire était telle, nous venons de le voir, que celui-ci était comme le symbole de celui-là. Cela signifie donc que la réaction d'appropriation destructrice du tabac valait symboliquement pour une destruction appropriative du monde entier. A travers le tabac que je fumais, c'était le monde qui brûlait, qui se fumait, qui se résorbait en vapeur pour rentrer en moi. Je dus, pour maintenir ma décision, réaliser une sorte de décristallisation, c'est-à-dire que je réduisis, sans trop m'en rendre compte, le tabac à n'être plus rien que lui-même : une herbe qui grille ; je coupai ses liens symboliques avec le monde, je me persuadai que je n'ôterais rien à la pièce de théâtre, au paysage, au livre que je lisais, si je les considérais sans ma pipe, c'est-à-dire que je me rabattis sur d'autres modes de possession de ces objets que cette cérémonie sacrificielle. Dès que j'en fus persuadé, mon regret se réduisit à fort peu de chose : je déplorai de ne plus devoir sentir l'odeur de la fumée, la chaleur du fourneau entre mes doigts, etc. Mais du coup mon regret était désarmé et fort supportable²⁹⁹ ».

C'est bien la prise de conscience d'une situation de fait qui induit une interrogation sur le sens à donner à un comportement qui accompagne les activités de l'auteur. Dans l'exemple que nous venons de citer, l'acte qui consiste à fumer possède sa propre nécessité qui est de rendre les choses de la vie plus signifiantes qu'elles ne le sont en réalité, de leur apporter ce que l'on peut qualifier de supplémentation qualitative. On peut, par conséquent, en déduire que, pour l'auteur, les événements de la vie ne se suffisent pas à eux-mêmes et que, sans la médiation du tabac, il est dans l'incapacité de les appréhender dans toute leur intensité. Mais, à partir du

²⁹⁹ Sartre Jean-Paul, *L'Être et le Néant*, *op.cit.*, p.642-643.

moment où il comprend qu'en fait le tabac qui se consume représente, aussi, symboliquement le monde qui brûle, Sartre parvient à lui rendre sa véritable valeur, celle d'une plante qui grille, et, par voie de conséquence, à y renoncer.

On voit bien l'importance qu'il y a dans les situations déstabilisantes, douloureuses, voire critiques pour la personne de tenter de comprendre ce qui lui arrive. C'est bien la quête réflexive d'un sens qui permet de lutter contre le caractère incompréhensible de l'irruption soudaine et inattendue d'éléments déstructurants, et des effets qu'ils induisent. Cette phase est importante car elle conditionne la qualité de l'agir qui va être déployé pour garder des possibles ouverts. Chacun peut aisément faire l'expérience que, dans sa vie quotidienne, il est confronté au fait de devoir résoudre des problèmes et maîtriser des situations menaçantes. Cet agir qui n'est qu'un ajustement pragmatique à des conditions particulières se fonde sur l'acceptation implicite, sans questionnement préalable, d'évidences, et sur le recours à des routines à l'efficacité éprouvée. Mais, nous devons convenir que ce rapport au monde est remis en question lorsque surgissent des situations nouvelles ou lorsque des éléments de l'existence présentent des résistances. La personne a, alors, affaire à de la discontinuité dans son agir quotidien. Son traitement suppose, par conséquent, que la personne soit en mesure de comprendre ce qui s'est institué de différent, et de créer les conditions d'un nouveau rapport au monde. L'action de la personne peut paraître spontanée voire impulsive, mais, à l'examen il semble bien qu'elle repose toujours sur une base réflexive. En effet, l'efficacité commande à la personne de prendre la mesure de la situation à laquelle elle est confrontée, d'inventorier les ressources dont elle dispose pour y répondre, et se projeter sur l'effet escompté. Si, avant d'agir, il est concevable que la personne se réfère à un capital d'expériences qui a pu, dans le passé, lui permettre d'affronter avec succès une situation comparable, la pertinence de la réponse à une situation nouvelle, incertaine et aléatoire, passe nécessairement par sa capacité à approcher intelligemment ce cas de figure inédit, à juger et à discerner le meilleur parti à prendre.

En fait, il semble bien que, quelle que soit la situation à laquelle elle a à faire face, la personne ne peut pas faire l'économie d'un travail sur elle-même pour pouvoir y répondre car elle court le risque de se perdre, dans la mesure où la passivité, la vie contemplative, la déploration, l'enfermement dans le passé sont autant de formes d'abdication. Mais, à l'évidence, il n'existe pas de méthode constituée directement, et qui est immédiatement applicable au cas qui se présente. En effet, il revient à chacun de concevoir la démarche la mieux à même de lui permettre de comprendre le phénomène auquel il est confronté, d'en rechercher l'origine, et d'en déterminer les causes. Notons qu'un comportement de fuite ou de déni est exclu puisque, par principe, il n'offre aucune solution. Observons, aussi, que cet effort pour comprendre la nature et l'action des éléments de déstabilisation qui œuvrent en elle permet à la personne d'espérer les surmonter plus efficacement que par le recours à des artifices chimiques ou à un tiers savant. Malgré tout, nous ne pouvons que constater que, dans la société moderne, l'indispensable travail sur soi est délaissé au profit de l'utilisation des substances médicamenteuses. Or, à l'évidence, le seul résultat obtenu est de masquer les signes du mal-être. En outre, l'absorption de la molécule chimique conduit la personne à penser qu'elle est dispensée de se livrer à une introspection pour analyser ce qui la perturbe.

Par ailleurs, si un thérapeute peut, certes, fournir une aide, il faut bien être conscient du fait que son intervention obère les capacités de la personne à prendre la main sur le cours de son existence, et à chercher, par elle-même, les voies de son salut. L'abandon de cette prérogative est d'autant plus étonnant que la personne n'est pas dépourvue de moyens pour analyser les situations qui la mettent en difficulté. Ainsi, elle peut, par exemple, recourir à la technique psychanalytique pour se livrer à une auto-investigation destinée à tenter de comprendre la nature et l'origine des conflits qui l'habitent. Aussi, l'analyse des rêves, des actes manqués, des pertes d'objets, des maladresses, des bévues, des symptômes de conversion constituent autant de ressources à la disposition de la personne qui souhaite, véritablement, s'engager dans la voie de la recherche des affects qui agissent en elle, afin de les canaliser en autant de forces au service de dynamiques de transformation. Mais, à

l'évidence, ce travail n'est possible qu'à la condition que la personne accepte de se laisser envahir par ce qui la déstabilise, par ce qui lui occasionne de la douleur, pour pouvoir en retirer de la force et des bénéfices. Certes, on peut toujours objecter avec Michel Foucault³⁰⁰ que le fait même que la personne soit capable de s'illusionner elle-même ruine, de fait, la possibilité d'une approche autonome dans la résolution de ses difficultés psychiques.

Néanmoins, il n'en demeure pas moins vrai que des personnes possèdent suffisamment de force de caractère, de motivation pour parvenir, à partir d'un travail axé sur la connaissance de soi, à une prise de conscience sur la nature des problèmes rencontrés, et sur les décisions qui sont à prendre. En conséquence, il semble bien qu'il n'existe pas de raison objective à ce qu'une personne ne puisse pas procéder à une investigation sur elle-même en confrontation à un monde, le sien, à l'aide de ses propres observations et de son intelligence critique ; à la condition, toutefois qu'elle sache se déprendre de la présence d'éventuels facteurs émotionnels susceptibles de la paralyser. Il convient, en effet, de rappeler que la personne est la mieux à même de comprendre son monde puisqu'elle est celle qui en a la connaissance la plus approfondie. C'est bien la personne, suffisamment armée pour appréhender et analyser ce qui lui arrive, qui est la mieux placée pour pouvoir révéler et activer des potentialités insoupçonnées.

Tout naturellement, le commerce permanent que la personne entretient avec elle-même la place dans une position privilégiée pour entreprendre ce que l'on appelle une auto-analyse. Mais, il faut bien reconnaître que l'utilisation de cette technique est complexe. Tout d'abord, une telle démarche implique l'existence d'une condition préalable qui est que la personne est bien en état de conduire sa vie par elle-même. Par conséquent, elle ne doit pas être sous l'emprise d'éléments qui constituent des obstacles à l'accomplissement de son travail sur elle-même ; citons, à titre d'exemple, la résignation, l'incapacité à croire en la possibilité de surmonter le problème rencontré, l'isolement, le mépris à l'égard de soi. Néanmoins, même si la personne est en proie à des troubles, elle doit parvenir, à la fois, à opérer la distanciation

³⁰⁰ Foucault Michel, *L'herméneutique du sujet*, Paris, Gallimard et Le Seuil, 2001, p.379.

avec ses réactions émotionnelles, et mobiliser l'énergie nécessaire à la réalisation du travail analytique. Par ailleurs, il faut bien reconnaître que, si la pratique de l'auto-analyse implique de la curiosité, de la motivation et de l'opiniâtreté, elle doit surtout inciter la personne à se déprendre des idées préconçues sur elle-même, à se départir du sentiment qu'elle se connaît bien. Elle doit favoriser, au contraire, une mise en question de soi et une approche approfondie sur les véritables ressorts qui sous-tendent ses actions. Il convient, en effet, de souligner que l'objectif qui est poursuivi, par la personne, dans l'auto-analyse, est bien de distinguer un horizon de sens et de dégager une capacité d'action.

Seul le travail d'analyse est en mesure de révéler le sens des troubles émotionnels, des petites pathologies fonctionnelles, et, par conséquent, d'ouvrir, à partir de la prise de conscience de l'existence de facteurs de discordance, la possibilité de réduire leur portée, voire de les éliminer. On peut, donc, considérer qu'entrer dans une démarche d'auto-analyse, c'est s'engager dans une dynamique qui vise à dominer une situation déstabilisante ou qui est perçue comme étant incapacitante. De ce fait, la personne dépasse la passivité initiale qu'instaure l'ébranlement induit par la présence de troubles ou d'une pathologie. Mais, il faut bien admettre qu'entrer en profondeur dans ce qui est problématique conduit, inévitablement, à une confrontation avec des éléments de résistance, avec l'incertitude, avec la souffrance. Aussi, on peut dire que la personne se livre à un véritable corps à corps avec elle-même qui, notons le, est à même de lui permettre de conquérir une nouvelle dimension dans son existence par le déploiement de qualités qui lui appartiennent en propre comme la motivation, le courage, la persévérance, l'esprit d'initiative. Ainsi, par la confiance que lui inspire l'utilisation de ses capacités, la personne est, alors, à même de pouvoir affronter de nouvelles épreuves, sans recourir obligatoirement à l'assistance d'un tiers. En outre, nous devons bien convenir que tant que la personne conserve son aptitude à procéder à des analyses pertinentes, elle préserve ses chances de pouvoir contrôler les facteurs qui conduisent à sa déstabilisation.

Lorsque la personne établit une ligne de résistance naturelle à partir de la révélation et de l'analyse de facteurs générateurs de troubles, elle montre, de la sorte, qu'il lui appartient

bien de se prémunir des effets des vicissitudes de l'existence et d'affronter les situations déstabilisantes qui l'affectent. En outre, il me semble manifeste que le travail auto-analytique permet à la personne, en favorisant le sentiment de familiarité avec sa part d'étrangeté et d'inconnu, d'accéder à une connaissance plus approfondie et plus authentique d'elle-même. Il est à noter que cette intensification du rapport à soi est indispensable lorsque la personne éprouve la nécessité de vérifier si son existence est bien engagée sur de bonnes bases. Mais, à l'évidence, prendre conscience de la présence d'une situation déstabilisante et l'analyser ne lui seraient d'aucune utilité si elle n'agissait pas. Aussi, c'est bien sa créativité qui permet à la personne de répondre avec efficience aux situations non convenues, à la singularité d'expression de la pathologie et à son vécu, aux effets non sollicités induits par la médecine technico-scientifique. Notons que la personne créative se projette, de fait, dans un avenir et, par conséquent, elle institue du sens, et elle affirme le pouvoir de la vie, malgré toutes les incertitudes qu'il recèle.

De fait, agir de manière inventive dans des situations déstabilisantes contribue à établir l'authenticité d'être soi. En effet, ce que la personne éprouve va constituer le ressort de sa puissance créative. Mais, le fait même qu'une image meurtrie de soi-même puisse s'incarner dans une production d'éléments novateurs est en soi énigmatique. La question, se pose, par conséquent, de savoir quelle est la nature de ces ressorts à l'œuvre dans le processus créatif qui s'avèrent suffisamment puissants pour empêcher que la souffrance ne parvienne à s'imposer et à régir toute l'existence de la personne. L'apparition de la pathologie signifie bien souvent pour le malade une rupture avec ses conditions d'existence antérieures qui est vécue, essentiellement, comme une restriction de ses possibilités. Aussi, il apparaît bien que tenter de surmonter la maladie consiste à la prendre, nécessairement, en considération, puisqu'elle se révèle être à la fois une puissante force de dislocation et une authentique source de métamorphoses. En effet, si la pathologie est à même de briser l'existence de la personne, elle peut, aussi, être à l'origine du réveil d'une aptitude en sommeil ou favoriser l'émergence d'un nouveau talent ; à l'exemple de l'altération d'une capacité physique qui peut contribuer

au développement de l'imaginaire de la personne. On peut dire, également, que la présence de la pathologie stimule la quête d'un nouvel équilibre, mais que nous ne devons pas comprendre comme la simple adaptation à des événements déstabilisants. En effet, la personne verserait dans l'incomplétude si elle ne tentait pas d'établir des conditions d'existence de nature à lui permettre de poursuivre une actualisation de possibles. Toutefois, il est à souligner que la pathologie recèle un risque singulier, toujours susceptible de se matérialiser, qui est celui, pour la personne, de ne plus accepter d'investir dans la vie.

Vieillir sans déclin, être le délégataire de la médecine, surmonter le vacillement identitaire provoqué par une intervention chirurgicale à vocation réparatrice sont autant d'occasions pour la personne de se montrer créative. On peut, légitimement, considérer que, dans des cas comme ceux d'une adhésion non réfléchie à des normes, de la soumission à des processus de médicalisation, la personne est l'agent de la mise en œuvre de logiques comportementales extérieures, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas conçues et produites par elle. A mon sens, adopter une telle attitude revient, pour la personne, à abandonner sa propre identité. Aussi, entrer dans un processus créatif consiste à affirmer qu'elle, seule, détermine ses propres conduites ; et, donc, qu'elle ne se les laisse pas dicter par d'autres. Elle montre, également, une authentique capacité à pouvoir modifier une situation donnée ; ce qui indique qu'elle est décidée à ne pas en subir les effets. A l'évidence, l'acte créatif institue un nouvel ordre des choses. Il s'agit bien d'élaborer une réponse originale à partir d'éléments de nature à saper ou à briser l'existence de la personne.

S'engager dans une démarche créatrice c'est bien évidemment s'inscrire dans un mouvement d'ouverture de possibles ce qui, à mon sens, génère une intensification du sentiment d'existence et instaure du sens à l'action. En effet, il faut bien comprendre que l'épreuve subie telle qu'une pathologie grave ou un traumatisme profond altère l'horizon existentiel de la personne pour plusieurs raisons. D'une part, l'événement traumatisant fait que la représentation cohérente et unifiée de soi tend à se désintégrer, à disparaître. D'autre part, l'épreuve est, en elle-même, une effraction dans la trame psychique de la personne, et

elle peut devenir obsédante au point de fermer son horizon existentiel. On voit bien l'importance de pouvoir opérer un mouvement de dépassement de la stricte condition de personne blessée, accidentée, ou en proie à une pathologie. A mon sens, le seul processus ouvert, c'est-à-dire qui permet l'actualisation de possibles, est, nécessairement, celui que constitue la création. Il faut bien voir que si la souffrance paralyse, elle peut, aussi, être à l'origine d'une dynamique qui va permettre à la personne de se projeter au-devant d'elle-même.

C'est pourquoi la personne se doit de se préserver d'une médicalisation excessive qui, de surcroît, est de nature à la dispenser de chercher le sens de l'épreuve qu'elle traverse. La présence de problématiques liées à sa santé réclame de sa part une analyse faite par elle-même. Elle doit, nécessairement, être capable de se déterminer, de se frayer un chemin pour ne pas se laisser dicter sa conduite. Aussi, trouver une voie originale est une manière d'affirmer son insoumission au pouvoir des événements. Le rapport que la personne entretient avec elle-même ne signifie, donc, pas la répétition du même. Il implique plutôt le changement et l'innovation. Pour la personne, être sous la dépendance irréfléchie de la médecine technico-scientifique et de ses pratiques traduit, me semble-t-il, une inauthenticité dans l'existence. A cet égard, il apparaît bien qu'initier un geste créatif est un acte de résistance contre la norme. Cette attitude signifie que la personne prend son destin en main. On peut, en effet, voir l'authenticité comme le renoncement à recourir à des solutions normées au profit de l'exploration de voies par nature instables et incertaines. A l'évidence, elle participe d'un esprit de liberté, et elle est l'expression d'une mise en coïncidence de ce que l'on est avec ce que l'on fait. Être authentiquement soi, c'est utiliser ses qualités propres pour se créer soi-même en réaction envers l'insatisfaction et les non-sens que le monde des échanges marchands véhicule.

Notons, de plus, qu'être créatif dans des situations produites par la médecine technico-scientifique constitue bien l'une des dimensions de l'action qui consiste à se soigner par soi-même. Manifestement, nous pouvons établir qu'à l'ère moderne une vie plus authentique, plus

en accord avec soi-même implique que la personne soit capable d'être créative. Par conséquent, elle doit être en mesure de distinguer les éléments qui l'affectent et qui sont de nature à annihiler, à abolir, à paralyser sa capacité à aborder son existence sous un angle résolument novateur. Être créatif permet de se déprendre de l'attitude de soumission face aux injonctions sociétales, et de regarder le monde sans les préjugés forgés par nos habitudes de vie. A l'examen, il semble bien que la vertu de l'acte créateur est de nous rendre à nous-mêmes, c'est-à-dire de nous constituer en êtres vivants. On peut avancer l'idée qu'être à même de déployer sa créativité signifie que l'on instaure un sentiment de confiance en l'originalité que l'on recèle en soi. A contrario, l'incapacité à instaurer une vie créative signifie que l'existence est dépourvue de fondement, qu'elle est dépossédée de son sens profond, qu'elle est sans valeur.

Si exister c'est actualiser indéfiniment des possibles, alors nous pouvons dire que la vie est une création continue et continuée, et que, par voie de conséquence, le moi créateur est sans âge : « Nous croyons qu'il est de l'essence de l'homme de créer matériellement et moralement, de fabriquer des choses et de se fabriquer lui-même³⁰¹ ». On peut fort logiquement considérer que la créativité est un antidote contre les processus de dislocation présents dans les pathologies et les traumatismes. Ainsi, le malade créatif, clairvoyant, investit dans la vie. On peut légitimement penser qu'il possède une conscience aiguë de sa pathologie puisqu'il dialogue avec son double souffrant. Lui seul est à même d'en révéler le sens, et de favoriser ainsi sa guérison. Dans le cas de la maladie chronique, la personne est amenée à inventer la vie qui lui correspond. En effet, cette situation est singulière dans la mesure où elle est sans précédent. Le malade n'a pas de solutions préexistantes à sa disposition. En conséquence, il ne peut qu'apporter des réponses inédites. Mais, dans chacun des cas de figure que nous avons évoqués, nous devons reconnaître que le fait initial générateur est une contrainte qui offre la particularité de ne pas pouvoir être levée par la mise en œuvre d'une faculté d'adaptation ou la simple habileté à résoudre des problèmes. Il s'agit de renouer avec une idée que la

³⁰¹ Bergson Henri, *La pensée et le mouvant*, Paris, Presses Universitaires de France, 2009, p.91-92.

modernité met à mal qui est celle du sujet libre, éclairé, capable d'élaborer des réponses originales aux défis de l'existence, et de les inscrire dans le monde qui est le sien. Aussi, l'authenticité d'être soi-même consiste à vivre sous le régime de la créativité. Par cette attitude, la personne qui est confrontée à la présence dans son existence de facteurs de dislocation réagit en produisant des éléments inédits et innovants afin d'opérer la métamorphose d'une réalité qui s'avère discordante.

A titre conclusif, nous pouvons dire que chacun peut admettre sans difficulté que son existence peut être marquée par la présence d'une maladie grave ou d'un traumatisme profond. En règle générale, une épreuve de cette nature est appréhendée sous un mode restrictif puisqu'elle limite, sans préavis, les possibilités d'action et l'horizon de la personne. De surcroît, il faut bien voir que, dans cette expérience, la sollicitude d'autrui ne supprime pas la solitude du malade. Il est, en effet, le seul à savoir ce qu'est le vécu de sa maladie. Être habité par un sentiment d'angoisse vis-à-vis de ce qui risque d'advenir n'appartient qu'à lui. Être confronté par le miroir à son corps meurtri est une expérience unique qu'il ne peut pas partager avec un tiers. De fait, le malade est dans une situation singulière : il est la seule personne à qui il peut tout dire.

Aussi, pour tenter de sortir de cette confrontation avec elle-même, la personne ne possède pas d'autre ressource que sa créativité puisqu'elle consiste à se projeter au devant de soi. Mais, nous ne devons pas occulter le fait que, face à l'épreuve et à l'ardente invitation à agir qu'elle constitue, elle manifeste de la passivité, c'est-à-dire qu'elle se referme sur elle-même, qu'elle ne tente pas de comprendre ce qui lui arrive, qu'elle laisse libre cours à l'expression du pathologique. Dans ce cas de figure, il apparaît bien que la personne compromet sa santé. En effet, nous pouvons convenir que l'absence d'un travail sur soi empêche, par exemple, l'établissement d'un lien entre une conduite à risque et l'apparition d'une pathologie.

Mais, on peut se poser la question de savoir si l'acte créatif ne substitue pas à la déstabilisation induite par la pathologie un trouble constitué par ce saut dans l'inédit et l'inconnu. Par ailleurs, il convient de rappeler que l'évolution de la médecine moderne contribue à instituer des situations qui sont de nature à mettre la personne à distance d'elle-même, à rompre ce qui constitue l'authenticité de soi. A ce titre, nous pouvons invoquer la nécessité de la clairvoyance envers soi-même qui est à comprendre comme l'expression de la capacité à refuser le prêt à penser extérieur à soi, les analyses, les explications qui ne procèdent pas d'un travail sur soi. Cette clarification vis-à-vis de soi est une incitation à refuser les solutions prêtes à l'emploi, et à développer une capacité de construction de réponses en adéquation avec les éléments révélés, apportés par la connaissance de soi. La clarté sur soi est l'élément constitutif d'un possible retournement du négatif contre lui-même. Il s'agit d'opérer des choix d'arrachement, de transgression pour pouvoir se projeter dans un devenir, pour pouvoir exister. Ce qui est à retenir, c'est qu'agir créativement est le meilleur moyen, pour la personne, de répondre à la médecine technico-scientifique lorsque son action a pour effet de la mettre dans des situations inédites ou de subvertir ses propres possibilités d'action.

CONCLUSION :

Si on accepte l'idée selon laquelle la santé est le bien premier, alors on peut penser que chacun en est le gardien le plus légitime et le plus qualifié ; ce qui implique, à mon sens, de prendre soin de soi pour éviter de la perdre, et d'avoir, ce qui s'avère plus risqué et plus difficile à réaliser, à la rétablir. Aussi, nous devons accorder du crédit à l'idée de se maintenir en bonne santé, de se préserver des maladies par l'observation attentive de soi, par le recours à l'expérience, par le respect de règles de vie appropriées, par l'évitement de prises de risques inutiles. Mais, à l'évidence, si cette attitude est salutaire, elle n'est pas suffisante en soi pour empêcher, avec certitude, l'irruption d'une pathologie. Néanmoins, lorsqu'un tel cas de figure se présente, nous devons bien convenir que l'action qui consiste à se soigner par soi-même est, avant tout, l'œuvre du vivant lui-même : « Le malade se guérit lui-même, par ses propres forces, comme c'est par ses propres forces qu'il marche, mange, pense, respire, dort³⁰² ». Autrement dit, l'auto-guérison est une production du vivant qui dispose de son propre système de défense contre les agents pathogènes, et qui possède les moyens de restaurer une santé défaillante.

Toutefois, nous devons bien admettre que ces mécanismes sont fragiles et qu'ils ne sont pas infaillibles. C'est pourquoi la personne se doit de tenir compte de ce fait dans la mesure où il est susceptible de la propulser, sans préavis, dans « un prodigieux déplacement d'existence³⁰³ » ; en particulier, lorsqu'elle est confrontée à la présence d'une pathologie à la sévérité avérée. Aussi, nous sommes amenés à concevoir qu'il existe une attitude spontanée qui consiste à prendre soin de soi afin d'éviter, dans la mesure du possible, la confrontation avec de telles situations. Lorsqu'elle est, malgré tout, affectée par la délocalisation de son existence, la personne se doit, raisonnablement, d'y apporter une réponse appropriée qui consiste, en l'occurrence, à se soigner.

Il y a un triple fondement à cette attitude. Tout d'abord, la personne accorde de l'importance à sa santé parce que sa présence conditionne sa capacité à maintenir un avenir

³⁰² Groddeck Georg, *Le livre du ça*, trad. L. Jumel, Paris, Gallimard, 1973, p.304.

³⁰³ Jaurès Jean, *De la réalité du monde sensible*, Paris, Éditions Alcuin, 1994, p.184.

ouvert, et à concrétiser de nouveaux possibles. Ensuite, consciente du fait que son organisme possède ses propres fonctions de régulation et de défense contre les éléments pathogènes, elle est encline à les préserver. Enfin, prenant en considération le fait qu'elle est l'une des expressions de la haute complexité du vivant, dans ses manifestations organiques et psychiques, à ce titre, par respect pour ce qu'elle est, elle s'investit d'un devoir particulier qui est celui de prendre soin de son corps, et de son esprit en utilisant les ressources qui lui semblent les plus judicieuses pour y parvenir. Par conséquent, on comprend mieux que la personne, tout au long de son existence, puisse être portée, comme par une prédisposition naturelle, à préserver ce bien précieux, fragile et précaire, qu'est sa santé. Or, un danger la guette qui est de considérer que sa présence continue constitue une normalité d'existence qui, de ce fait, n'implique pas une action particulière de sa part.

Si le soin en première personne est bien une production du vivant lui-même, il n'en demeure pas moins vrai que, dans le rapport qu'elle institue avec sa santé, c'est la personne, seule, qui statue sur ce qu'il convient de faire ou de ne pas faire. Aussi, la prise de décision et l'action qui en découle ne sont pas susceptibles d'être déléguées à des tiers. C'est bien une prérogative qui appartient en propre à la personne qui désire conserver ou rétablir sa santé. Mais, à l'ère moderne, les soins que l'on est amené à se prodiguer à soi-même sont, comme nous l'avons montré, étroitement déterminés par les spécificités de la médecine, et par les effets que sa pratique induit.

Si le refus d'entrer dans un protocole de soins est toujours possible, il n'en demeure pas moins vrai que le meilleur moyen de se secourir c'est de recourir aux services de la médecine technico-scientifique. Ce choix s'impose comme une évidence tant les capacités à guérir et à réparer de la médecine moderne sont sans égal. Dans ce registre, chacun peut, aisément, admettre qu'elle possède, grâce à ses moyens d'investigation, un savoir incomparable sur la physiologie humaine. Elle utilise un arsenal thérapeutique à l'efficacité prouvée pour lutter contre les maladies, et elle dispose des techniques qui lui permettent de réparer les effets des traumatismes physiques les plus graves. Elle progresse, continûment,

dans la connaissance des mécanismes pathologiques, et des facteurs de nature à compromettre la santé des personnes. Aussi, il est aisé de comprendre que, pour l'homme moderne, le progrès médical est sans fin. Cette croyance est amplifiée par le fait qu'il n'en perçoit pas les limites objectives au point de penser que l'« être parfait, exempt de vieillesse et de maladie³⁰⁴ » de Platon peut devenir une réalité. De surcroît, l'évidence du recours à la médecine technico-scientifique est renforcée par le fait que la santé est devenue, en soi, un absolu.

L'amplification de la capacité à soigner de la médecine moderne induit une confiance aveugle en son pouvoir ; ce qui est de nature à déposséder la personne de sa capacité à analyser les situations, et à chercher, par elle-même, des voies alternatives à la prégnance de la médecine. A cet égard, il est significatif de constater qu'à l'ère moderne la conscience de l'existence d'un risque ne conduit pas la personne à l'éviter, mais, plutôt, à utiliser les ressources, qu'elle perçoit comme efficaces, de la médecine technico-scientifique pour le mettre sous contrôle. Dans ces conditions, on ne doit pas s'étonner que le recours à la médecine ne soit l'objet d'aucun questionnement ; d'autant plus que celle-ci bénéficie d'une idéalisation quant à ses possibilités, mais aussi quant à sa pratique. En effet, il semble bien que l'on ne puisse pas empêcher l'homme moderne de penser qu'il existe un monde idyllique et parfait où la médecine bienveillante n'est qu'une distribution de bienfaits parce qu'elle dispose de traitements toujours plus efficaces pour apaiser les souffrances, où elle déploie une capacité propre à favoriser l'émergence de la richesse relationnelle entre les soignés et les soignants, où elle dégage le sens de l'épreuve que traverse le malade qu'elle sait entourer, et accompagner avec compréhension et sollicitude, particulièrement, dans des moments clefs de son existence, comme la fin de sa vie.

A cet égard, nous devons à Sénèque la description de l'action d'un thérapeute impliqué auprès d'un patient :

³⁰⁴ Platon, *Œuvres complètes, Timée*, 33a-b, *op.cit.*, p.1993.

« [...] il [le médecin] ne s'est pas borné à m'indiquer les remèdes : il les appliquait aussi de sa main ; au nombre des personnes anxieuses il était assis à mon chevet ; aux heures critiques il ne manquait pas d'être là ; aucune corvée ne lui pesait, aucune ne le rebutait ; il n'entendait pas mes gémissements sans émotion ; dans la foule nombreuse des clients qui l'appelaient à eux j'étais l'objet préféré de ses soins ; il n'avait de temps pour les autres qu'autant que l'état de ma santé lui en laissait : celui-là, ce n'est pas comme médecin, mais comme ami qu'il m'a fait son obligé ³⁰⁵ ».

Or, à l'analyse, il apparaît que la médecine moderne s'éloigne de ce modèle d'engagement. En effet, si le geste curatif peut être techniquement réussi, il n'en demeure pas moins vrai que le patient peut s'estimer insatisfait de sa prise en charge par le corps médical, et, par voie de conséquence, se trouver en désaccord avec une pratique qui, dans certaines circonstances, peut lui paraître déshumanisée. Ainsi, il est manifeste que la médecine technico-scientifique ne laisse pas toujours la subjectivité souffrante s'exprimer puisqu'elle a une propension marquée à réduire le patient à sa physiologie. De ce point de vue, il semble bien que le recours accru à un appareillage d'analyses et d'imageries favorise la tendance qui consiste à considérer que le corps du malade n'est qu'une abstraction désincarnée. Aussi, nous ne devons pas être étonnés par le fait que la personne mette à distance la médecine technico-scientifique, et privilégie le recours à des voies thérapeutiques alternatives, réputées, à tort ou à raison, plus soucieuses des particularités de chacun. Néanmoins, nous devons concéder que si la médecine oublie, parfois, que la technique désincarnée qu'elle utilise s'applique à un être vivant singulier, elle sait, aussi, dans le même temps, prendre en considération la qualité de vie des patients dont elle a la charge.

Mais, il n'en demeure pas moins vrai qu'en mettant à distance le patient, la médecine oublie, par là, que c'est la plainte de cette individualité singulière souffrante qu'est le malade qui est constitutive de son activité. A cet égard, il est manifeste que, pour le patient, s'éprouver comme un être malade n'est pas du tout sur le même registre qu'être atteint par

³⁰⁵ Sénèque, *Des Bienfaits*, Livre VI, XVI, 4-5, trad. F. Préchac, Paris, Les Belles Lettres, 1961, p.49.

une pathologie, c'est-à-dire être un objet pour les investigations thérapeutiques. Si le corps médical construit la maladie, c'est bien le patient, et lui seul, qui en fait l'expérience. Il y a, de fait, une coexistence simultanée du vécu par le malade de ce qu'occasionne la pathologie dans son organisme et de l'objectivation de ce même organisme par la pratique médicale. Par voie de conséquence, on peut penser que l'attitude qui consiste à se soigner par soi-même est au cœur de la disjonction entre l'ordre de la rationalité de la médecine technico-scientifique orienté vers la maîtrise des phénomènes pathologiques du vivant, et l'ordre du sens du vécu renvoyé à la subjectivité du malade qui est, seul, confronté à un sentiment de dépersonnalisation et d'abandon, face à ses interrogations et à ses angoisses. A cet égard, une pratique médicale qui ne reconnaît pas l'expression propre du patient, et qui ne prend pas en compte son droit à exister dans la relation thérapeutique fait perdre, à mon avis, à la médecine le sens de ce qui constitue une authentique activité de soin.

Il convient de souligner que la toute puissance apparente de la médecine moderne est illusoire. En effet, sa capacité à soigner se heurte à des limites. L'une d'entre elles est inhérente à la nature même du vivant dont les réactions restent largement imprévisibles. D'une part, le vivant ne se comporte jamais, exactement, comme la médecine technico-scientifique le prévoit. D'autre part, elle doit composer avec la présence de l'aléatoire dans sa pratique, puisque le fonctionnement du vivant ne se réduit pas, uniquement, à des principes physico-chimiques. Par conséquent, même si la médecine est en mesure de vaincre un nombre croissant de maladies, de réaliser des prouesses chirurgicales qui améliorent sensiblement l'état des patients, il n'en reste pas moins vrai qu'elle est confrontée à des arrêts, à des régressions, à des impossibilités et à des impasses. Son domaine demeure, encore, celui de l'inexplicable et, dans certains cas, celui de l'absence de traitements appropriés et efficaces. Une maladie estimée, à bon droit, vaincue peut réapparaître, et l'échec thérapeutique est, toujours, susceptible d'intervenir, sans que la médecine sache en déterminer les causes. C'est bien l'incapacité à obtenir d'une manière certaine une guérison qui favorise l'exploration, par le patient, de voies thérapeutiques alternatives.

Mais, l'ère moderne se caractérise par le fait que les soins que l'on se prodigue à soi-même sont sous l'influence de la médecine technico-scientifique. En effet, paradoxalement, elle provoque des effets non recherchés. Ainsi, si un acte chirurgical réparateur peut ouvrir, pour le patient, la perspective d'une renaissance après un traumatisme physique, il est, dans le même temps, potentiellement porteur d'un risque de dislocation. La mise en œuvre par la médecine moderne de sa capacité à effacer les séquelles de traumatismes physiques graves peut conduire le patient à perdre ses repères identitaires. Si, de fait, il est dans l'obligation de faire le deuil d'une partie de son corps originaire, il est, ensuite, confronté à la redoutable problématique de devoir apprendre à vivre avec un élément organique rapporté. Dans ce cas, se soigner par soi-même consiste, à mon sens, pour le patient, à procéder à une autocréation de soi par soi, à se reconnaître comme étant toujours lui-même, mais avec des éléments corporels différents, pour parvenir à maintenir une permanence identitaire. Conduire ce travail de transformation de soi et d'assimilation de sa nouvelle condition n'appartient qu'à lui seul.

Si le patient s'approprie bien le projet d'une intervention technique de la médecine, dans le but de renouer avec une normalité d'existence, et de dévoiler un nouvel horizon dans le champ des possibles, il n'en demeure pas moins vrai que c'est lui qui est confronté à la prise de risques d'ordre médical, et à l'éventualité d'un échec de la tentative thérapeutique qui vise à remédier aux séquelles du traumatisme. On voit bien que les effets induits par l'action réparatrice de la chirurgie impliquent que le patient puisse élaborer, par lui-même, des réponses appropriées. Ce qui est à retenir c'est que cette mise en situation inédite opérée par la médecine technico-scientifique n'est maîtrisable qu'à la condition que le patient ne se laisse pas paralyser par des forces qui lui sont extérieures, et qu'il puisse renouer avec l'art de tracer un chemin non contraint. En l'occurrence, il s'agit, pour lui, de construire la vie qui s'accorde avec ce qu'implique l'exécution du geste thérapeutique.

C'est un fait reconnu. Confrontée à certaines pathologies, la médecine technico-scientifique est impuissante à obtenir une guérison du malade. Aussi, elle est amenée à proposer au patient volontaire, atteint par une pathologie chronique, de devenir son

délégataire. S'établit, ainsi, une relation singulière où la médecine moderne reconnaît au malade un pouvoir d'expression propre, une capacité à comprendre la situation qu'il vit et à en gérer les particularismes ; dans un contexte où, pour le patient, se savoir malade à vie dessine un nouvel univers existentiel marqué par la limitation de ses possibilités, par l'éventualité d'une menace sur son intégrité physique, par la crainte de voir sa vie écourtée, par l'angoisse des complications qui peuvent survenir, par les contraintes de traitements continus.

En lieu et place de la résignation, le malade délégataire apprend progressivement, dans l'autonomie, à développer l'intelligence de sa maladie. Se soigner par soi-même consiste, alors, pour le malade chronique, à reconnaître, à interpréter les signes de sa pathologie, à analyser objectivement sa situation de santé, à prendre des décisions sous contraintes, à utiliser des techniques médicales en veillant à la précision de ses gestes, à gérer ses affects, à faire face aux incidents de traitements, à affronter les éventuels effets secondaires, à mobiliser autrui sur la conduite à tenir dans le cas de l'apparition d'un problème inopiné. Ainsi, le malade chronique qui accepte d'être le délégataire de la médecine établit, dans un contexte marqué par l'imprévisibilité de l'évolution de sa situation pathologique, ses propres normes de vie pour rendre son existence supportable. A l'évidence, l'alliance qui s'établit entre le corps médical et le malade chronique est de nature à enrichir la relation thérapeutique. De fait, elle est une authentique reconnaissance de la subjectivité du patient chronique dans la mesure où il est institué comme un acteur, à part entière, dans l'établissement et dans l'application du protocole de soins qu'il a négocié avec l'équipe médicale.

L'analyse montre que la médecine moderne a une propension à médicaliser les existences, et que ses activités s'inscrivent dans un marché économique planétaire. Il est manifeste que ces particularismes affectent le sens de l'action qui consiste à se soigner par soi-même, et interagissent sur la nature des pratiques de soins. De fait, ils inscrivent la personne dans un nécessaire décryptage des buts que la médecine technico-scientifique poursuit réellement, et la conduisent à mobiliser son sens critique pour déterminer si son

action apporte une réponse pertinente à sa problématique de santé. Pour illustrer cette assertion, nous pouvons nous appuyer sur un exemple. Ainsi, à la prescription normalement attendue de l'observance d'un régime alimentaire et/ou de la pratique d'un exercice physique, le thérapeute peut y substituer le recours à l'abdominoplastie ou à la lipoaspiration, et s'il est amené, par la suite, à conseiller le suivi de règles d'hygiène de vie c'est, uniquement, dans le but de préserver le résultat obtenu par l'utilisation de l'une de ces techniques. Par conséquent, on voit bien que le patient doit veiller à ne pas avoir une confiance aveugle envers une prescription médicale. De plus, l'homme moderne se doit d'exercer sa vigilance dans la mesure où la pratique qui consiste à se soigner par soi-même est soumise au risque de subir un gauchissement du fait même que la perception d'être en bonne ou en mauvaise santé ne s'opère plus à partir du ressenti d'un état physiologique ou psychique, mais plutôt par rapport au niveau de perméabilité aux discours de la mercatique pharmaceutique et/ou agro-alimentaire qui exploite les hauts et les bas de la vie quotidienne, les plaintes les plus banales, la peur de la maladie et de la mort.

Malgré ce qui vient d'être dit, il n'est pas niable que, lorsqu'il s'agit de préserver sa santé, la médecine moderne, par ses techniques de dépistage, par ses conseils de prévention apporte une aide significative et précieuse. A cet égard, il convient de rappeler que protéger sa santé c'est avant tout rechercher et trouver la juste conciliation avec cette partie de soi, l'organique, qui mène sa vie indépendamment de toute intervention consciente, de l'expression de toute volonté. A mon sens, seule la personne est capable d'instaurer ce rapport particulier avec elle-même qui consiste à établir un équilibre de vie propre à neutraliser les risques d'une altération de sa santé. Or, en voulant anticiper sur l'expression des manifestations pathologiques, la médecine moderne place le bien-portant dans un rapport de surveillance constant de sa santé. Tout naturellement, elle devient injonctive en investissant la personne d'une responsabilité particulière qui est celle d'inscrire dans la permanence le souci de son corps, de son entretien, de sa bonne utilisation. La finalité qui est poursuivie est, en effet, de faire en sorte que les potentialités malignes qu'il recèle ne s'actualisent pas.

S'explique, alors, aisément, le développement d'une conscience préventive et d'une soumission aux contraintes marquées par une intériorisation des comportements d'auto-surveillance, d'autocontrôle et de maîtrise de soi. Ainsi, on comprend qu'au nom d'un bien-être permanent que rien ne doit venir altérer, la médecine constitue de nouveaux domaines d'investigation, et instaure de nouvelles pratiques où elle sollicite à la fois le bien-portant et le malade.

A l'examen, il apparaît que ce que l'on nomme la médicalisation de l'existence est, de fait, auto-entretenu par l'inscription de la médecine technico-scientifique dans la sphère marchande où les différentes facettes du mal-être deviennent autant de maux guérissables par des produits élaborés par l'industrie pharmaceutique, et par les prestations de services des thérapeutes. Manifestement, les techniques médicales ne sont pas uniquement dévolues à des fins thérapeutiques comme l'atteste la mise en conformité des personnes, et la participation à l'administration générale de leurs vies. Ainsi, la médicalisation de l'existence s'érige en instance sociétale d'ordre supérieur qui se substitue à la capacité d'initiative de la personne dans l'élaboration des éléments constitutifs de son bien-être, et dans la définition des voies par lesquelles il doit être atteint. Nous devons bien avoir conscience que l'activité de la médecine technico-scientifique s'inscrit dans un mouvement où une évolution physiologique naturelle peut faire l'objet d'un processus de médicalisation.

Aussi, prendre soin de soi consiste, pour l'homme moderne, à être attentif au risque que comporte l'intériorisation sans examen critique des discours qui lui sont tenus par la communauté médicale et par l'industrie pharmaceutique. Ainsi, si vieillir sans déclin est bien un défi existentiel pour la personne, il ne peut pas être, à l'évidence, relevé en utilisant les prestations de services de la médecine morphologique et anti-âge. Dans ce cas de figure, prendre soin de soi c'est bien persévérer dans l'élaboration de son propre chemin de vie en réponse aux interventions de la médecine technico-scientifique qui favorise l'émergence de personnes fragilisées, normalisées, sans identité, sans réelle aptitude à créer leurs propres conditions d'existence.

Se soigner par soi-même consiste, pour la personne, à employer sa faculté de discernement, et à utiliser sa capacité à élaborer en toute indépendance une réponse appropriée à une problématique de santé. Par conséquent, on voit bien qu'il existe une différence de fond entre, d'un côté, les incitations à l'autonomie et à la responsabilisation de la médecine moderne et, de l'autre côté, ce qu'entreprend, effectivement, la personne, dans la compréhension de l'enjeu que représente la maîtrise des actions relatives à la préservation ou au rétablissement de sa santé. Aussi, on peut légitimement concevoir que la personne, réellement indépendante, qui répond de ses actes est celle qui est porteuse d'une énergie réactionnelle capable de délier un processus de médicalisation, de pouvoir s'extraire, s'émanciper des normes médicales pour établir ses propres conditions d'existence. S'affranchir des processus de médicalisation, c'est affirmer, d'une part, que notre vie nous appartient en propre, et, d'autre part, montrer sa capacité à être soi-même, à être créatif ; c'est-à-dire à élaborer et à mettre en œuvre des réponses non contraintes, inédites et innovantes lors de la confrontation avec des situations douloureuses et/ou déstabilisantes.

Se soigner par soi-même est d'autant plus impératif qu'il existe, pour la médecine, des domaines impénétrables. A cet égard, une évidence s'impose : le vécu de la pathologie est une expérience qui ne se délègue pas. Si cette situation est critique puisqu'elle constitue une rupture du fil de l'existence, et peut conduire à sa brisure, elle appelle, nécessairement, une réponse qui ne peut être que le dépassement de la condition passive d'être souffrant. Aussi, décrypter le sens de l'expérience qu'il vit, utiliser la maladie pour approfondir la compréhension de soi, exercer son talent créatif pour mieux l'appivoiser, sont autant d'actions qui ne peuvent être engagées que par le patient lui-même.

Bien que la présence de la pathologie induise de la vulnérabilité, elle est, à mon sens, une incitation pour le malade à s'affirmer comme un authentique sujet créateur de sa vie, en utilisant ses ressources physiques et mentales, même diminuées, pour établir, dans la compréhension de sa situation, une harmonie avec lui-même. En ce sens, l'expérience vécue, si douloureuse soit-elle, ne me semble pas constituer un obstacle dans la mesure où elle est

l'occasion offerte au patient pour opérer, par des pratiques innovantes, la métamorphose d'une réalité insatisfaisante en une existence revisitée de nature à lui permettre de concrétiser des possibles.

De fait, s'attacher à observer les préceptes d'une bonne hygiène de vie ne suffit pas en soi à se prémunir contre l'irruption d'une pathologie. Face à ce cas de figure, la personne est indubitablement, avant toute intervention d'un thérapeute, confrontée à une épreuve de vérité qui appelle, à mon sens, une authenticité d'être. En effet, être en proie à la maladie, c'est, pour la personne, éprouver sa fragilité et la précarité de son existence. C'est aussi faire l'expérience de la souffrance, de la perte de contrôle de soi-même, de la dépendance, de l'aliénation, de la différence, de la dilution de ses repères identitaires, de la désorganisation de son schéma corporel, de la peur de la mutilation, du handicap, de l'incompréhension des autres. De fait, si elle veut se soustraire à un effondrement programmé, la personne se doit de transcender sa condition d'être souffrant. Elle seule est à même de résister à l'emprise du négatif sur son existence, même si ce travail sur soi s'inscrit dans un devenir incertain. C'est bien la capacité de la personne à développer une réflexion lucide et exigeante pour analyser sa problématique de santé, et à définir les moyens qui lui semblent les plus appropriés pour la restaurer qui est de nature à réduire l'invivable de la pathologie.

On peut dire, par conséquent, qu'en ce sens, se soigner par soi-même c'est exercer son propre pouvoir constituant en s'appuyant sur les ressorts dynamiques de son inventivité, alimentés par les schémas sensoriels et énergétiques de son propre corps. Si, dans ce qu'elle subit, la personne fait l'expérience de ce qui la perd, se soigner par soi-même c'est bien tenter d'arraisonner le négatif, de l'empêcher de prospérer, de neutraliser ce qui l'irrigue, et en faire le ferment de son dépassement. Est, ainsi, mise à l'écart une attitude où la pathologie est vécue comme un processus sur lequel le sujet n'a aucune prise, où il est le simple spectateur d'une vie, où il ne joue aucun rôle, avec comme unique perspective la passivité, la résignation et une absence d'horizon existentiel. Dans ce cas, il en arrive, me semble-t-il, à oublier que le fait même de se situer dans la positivité de l'existence possède une vertu thérapeutique :

« [...] j'avais hérité d'elle [Descartes parle de sa mère] une toux sèche, et une couleur pâle, que j'ai gardée jusques à l'âge de plus de vingt ans, et qui faisait que tous les médecins qui m'ont vu avant ce temps-là, me condamnaient à mourir jeune. Mais je crois que l'inclinaison que j'ai toujours eue à regarder les choses qui se présentaient du biais qui me les pouvait rendre le plus agréables, et à faire que mon principal contentement ne dépendît que de moi seul, est cause que cette indisposition, qui m'était comme naturelle, s'est peu à peu entièrement passée³⁰⁶ ».

On voit bien apparaître la singularité de la situation du malade. Il est, en effet, confronté au fait qu'il existe un espace non susceptible d'être comblé entre l'expression de l'objectivité rationnelle de la médecine, et l'expérience subjective de la pathologie. Cet horizon inatteignable par la médecine implique, de fait, un travail sur soi qui consiste, pour la personne qui est nécessairement, soulignons le, son propre référent face aux expressions et aux retentissements de sa pathologie, à rapporter chaque événement, chaque expérience à une histoire dont elle est la seule dépositaire pour en établir à la fois le sens et la continuité.

L'attitude qui consiste à se soigner par soi-même est celle d'un acteur qui s'affirme comme responsable de son existence ; cela signifie qu'il la prend en charge, qu'il lui confère une valeur, qu'il se donne les moyens de tracer son propre itinéraire par sa capacité à révéler, et à explorer des horizons expérientiels qui peuvent être masqués par l'objectivation de la médecine technico-scientifique ; bref, de s'affirmer comme authentique sujet créateur de sa vie. Comprendre la signification des épreuves traversées, si douloureuses soient-elles, utiliser le négatif comme tremplin pour mieux se connaître, développer une proximité et une affinité avec soi, opérer des ruptures dans la perception de son existence et du monde environnant pour pouvoir exprimer sa puissance créatrice, porteuse d'une dynamique de transformation s'inscrivant dans un avenir, constituent autant d'éléments qui échappent à l'attraction et au pouvoir de la médecine technico-scientifique, et qui, surtout, favorisent la compréhension de ce qui est vécu, l'instauration d'un équilibre personnel propice à un ressourcement, prélude à

³⁰⁶ Descartes René, *Œuvres et Lettres*, op.cit., p.1188.

une possible réinvention de soi, l'établissement d'une harmonie avec soi et son environnement. Par conséquent, ce qui est à retenir c'est essentiellement que, dans cette trajectoire de vie dans laquelle s'inscrit la personne, se soigner par soi-même est une somme d'actions uniques dont la réalisation est, immanquablement, inimitable.

On voit bien que l'homme moderne doit se déprendre de l'idée que la médecine technico-scientifique peut répondre à toutes les situations qui le menacent. Rappelons que l'irruption d'un élément perturbateur est d'abord une situation qui est subie par la personne. Par conséquent, il faut bien qu'elle s'approprie cette phase critique de son existence et, en fonction des valeurs qu'elle porte, qu'elle lui donne un sens de nature à catalyser un agir créatif qui signe l'authenticité d'être soi-même, et une prise de position existentielle en faveur de la vie. En ce sens, créer, c'est, pour la personne, faire apparaître, en temps de crise, les éléments de nature à lui permettre de faire face à une réalité déstabilisatrice. C'est bien l'instant créatif qui convertit la vulnérabilité initiale, expression du délitement du pouvoir de la vie, en une pure vitalité qui est une forme de densification de l'existence, appliquée à maintenir le champ des possibles ouverts.

Aussi, se soigner par soi-même implique d'être objectif, d'engager un débat critique avec soi, de ne pas se laisser déposséder par le biopouvoir médical de son savoir empirique et expérientiel, quant à la détermination des éléments constitutifs de sa santé et de son bien-être. A cet égard, nous devons être conscients que la norme opère la dissolution de notre singularité puisqu'elle nous dicte ce qui doit être, et s'oppose, ainsi, à notre capacité d'expression, et que l'acte consumériste a pour effet de nous dispenser d'analyser les facteurs qui ont conduit à la maladie, à la souffrance, au traumatisme, et d'explorer des voies alternatives à la médicalisation.

Se soigner par soi-même c'est, pour la personne, en reliant l'esprit d'investigation à son désir de prendre les choses en main, apprendre à savoir que faire et comment le faire dans la confrontation aux problématiques de santé. Agir par soi-même, sans être sous influence,

traduit, à mon avis, la clairvoyance, l'autonomie, l'inventivité de la personne qui cherche à garder une emprise sur les événements qui rythment son existence. Se soigner par soi-même se conçoit, alors, comme une nécessité constitutive de l'affirmation identitaire de la personne et, non pas comme un simple comportement alternatif vis-à-vis de la médecine technico-scientifique. De ce point de vue, c'est bien sa capacité de jugement réflexif pour décider de la voie à emprunter, sa créativité pour en concevoir le cheminement dans un processus de déconstruction de l'arraisonnement médical qui procurent à la personne l'acuité du sentiment d'existence. On peut penser qu'elle se sent en harmonie avec elle-même lorsqu'à partir d'un acte précurseur qui est celui de la connaissance, elle est capable d'agir pour réduire le *coefficient d'adversité des choses*, de créer des rapports de compatibilité avec les éléments déstabilisants qui surgissent dans sa vie. Cette action lui appartient en propre. Par conséquent, elle est insusceptible d'être déléguée à la médecine technico-scientifique.

Mais, nous devons bien concéder que l'approche existentielle qui consiste à se soigner par soi-même n'est possible que tant que la personne est, effectivement, en capacité d'agir. Sa portée reste, de fait, sous l'influence des expressions violentes du pouvoir d'un vivant qui s'ingénie à perturber, à déliter, à détruire. Dès lors, que se passe-t-il lorsque le dernier recours de la personne, en l'occurrence l'appel à la scientificité et à la technicité de la médecine, s'avère inopérant, et que, de ce fait, libre cours est laissé aux manifestations délétères du vivant ? Comment concevoir le soin en première personne lorsque l'on ne possède plus la faculté de se projeter en avant de soi, que l'aptitude à s'ouvrir à de nouveaux possibles est perdue ? A ces interrogations légitimes s'ajoute le fait qui peut se révéler inquiétant qui est que la personne n'est jamais en mesure de connaître le moment où cette incapacité est, réellement, irréversible.

Lorsque prend corps, avec une acuité qui s'intensifie progressivement, cette impuissance à agir, il est manifeste que la personne est seule pour faire face à une situation redoutable où elle ne peut que laisser faire un vivant qui s'ingénie à abolir l'une de ses expressions même qui est cette faculté à s'inventer, à s'ouvrir, sans cesse, vers l'actualisation

de nouveaux possibles. Lorsqu'il se produit, cet étiolement croissant de l'existence est consacré par la disparition de cette possibilité de dépassement actif de ce qui est donné que constitue la liberté. En fin de compte, la faculté d'anéantissement du vivant l'emporte sur la dynamique d'invention de la personne. Pourtant, nous ne pouvons pas conclure notre propos sans nous poser la question de savoir, si, en dépit de cet enfermement, de cette absence de perspectives et d'espoir, il n'existe pas, malgré tout, un moyen d'instituer une manière de vivre spécifique de nature à permettre à la personne de résister, tant qu'elle le peut, à la dislocation complète de soi.

BIBLIOGRAPHIE :

1) Ouvrages³⁰⁷ :

AMEISEN Jean-Claude, *La sculpture du vivant*, Paris, Le Seuil, 2003.

AMEISEN Jean-Claude, LE BLANC Guillaume, MINNAËRT Eric, *Anthropologie du corps vieux*, Paris, Presses Universitaires de France, 2008.

ARISTOTE, *Traité du ciel*, trad. Catherine Dalimier et Pierre Pellegrin, Paris, Flammarion, 2004.

- *Physique*, trad. Pierre Pellegrin, Paris, Flammarion, 2002.

- *Métaphysique*, trad. Marie-Paule Duminil et Annick Jaulin, Paris, Flammarion, 2008.

- *La Politique*, trad. J. Tricot, Paris, Vrin, 1995.

- *Ethique à Nicomaque*, trad. J. Tricot, Paris, Vrin, 2007.

- *Rhétorique*, trad. Pierre Chiron, Paris, Flammarion, 2007.

- *De la Génération et la corruption*, trad. M. Rashed, Paris, Les Belles Lettres, 2005.

- *La Poétique*, trad. Roselyne Dupont-Roc et Jean Lallot, Paris, Le Seuil, 1980.

ATLAN Henri, *Entre le cristal et la fumée - Essai sur l'organisation du vivant*, Paris, Le Seuil, 1979.

AUBEL Olivier, BRISSONNEAU Christophe, OHL Fabien, *L'épreuve du dopage*, Paris, Presses Universitaires de France, 2008.

AUBENQUE Pierre, *La prudence chez Aristote*, Paris, Presses Universitaires de France, 2002.

AZIZA-SHUSTER Evelyne, *Le médecin de soi-même*, Paris, Presses Universitaires de France, 1972.

BACON Francis, *La Nouvelle Atlantide*, trad. Margaret Llasera, Paris, Flammarion, 1995.

BALINT Michael, *Sexe et société*, trad. Jeremy Oriol, Paris, Éditions Payot & Rivages, 2011.

BERGSON Henri, *Matière et Mémoire*, Paris, Presses Universitaires de France, 2008.

- *L'évolution créatrice*, Paris, Presses Universitaires de France, 2007.

- *Les deux sources de la morale et de la religion*, Paris, Presses Universitaires de France, 2000.

³⁰⁷ Les ouvrages d'un même auteur sont cités dans l'ordre de leur première utilisation.

- *Mélanges*, Paris, Presses Universitaires de France, 1972.
- *La pensée et le mouvant*, Paris, Presses Universitaires de France, 2009.
- BERNARD Claude**, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris, Librairie Delagrave, 1918.
- *Principes de médecine expérimentale*, Paris, Presses Universitaires de France, 2008.
- CANGUILHEM Georges**, *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*, Paris, Vrin, 2002.
- *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France, 2007.
- *Ecrits sur la médecine*, Paris, Le Seuil, 2002.
- *La connaissance de la vie*, Paris, Vrin, 2003.
- *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie*, Paris, Vrin, 1977.
- CELSE**, *De la médecine*, trad. G. Serbat, Paris, Les Belles Lettres, 1995.
- CICERON**, *Caton l'Ancien (De la vieillesse)*, trad. Pierre Wuilleumier, Paris, Les Belles Lettres, 1969.
- CONCHE Marcel**, *L'aléatoire*, Paris, Presses Universitaires de France, 1999.
- CRUCHET René**, *De la méthode en médecine*, Bordeaux, Imprimeries Delmas, 1942.
- DAGOGNET François**, *Savoir et pouvoir en médecine*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1998.
- *La Raison et les remèdes*, Paris, Presses Universitaires de France, 1964.
- *Pour une philosophie de la maladie*, Paris, Éditions Textuel, 1996.
- DELAPORTE François**, *Figures de la médecine*, Paris, Editions du Cerf, 2009.
- DELAPORTE François, FOURNIER Emmanuel, DEVAUCHELLE Bernard** (sous la direction de), *La fabrique du visage. De la physiognomonie antique à la première greffe avec un inédit de Duchenne de Boulogne*, Turnhout, Belgium, Brepols Publishers, n.v., 2010.
- DELEUZE Gilles**, *Mille plateaux*, Paris, Éditions de Minuit, 1980.
- *Différence et répétition*, Paris, Presses Universitaires de France, 1968.
- DELVES Peter J., MARTIN Seamus J., BURTON Dennis R., ROITT Ivan M.**, *Fondements de l'immunologie*, Bruxelles, Editions De Boeck-Université, 2008.
- DERRIDA Jacques**, *Voyous*, Paris, Editions Galilée, 2003.
- *Foi et Savoir*, Le Seuil, 2000.
- DESCARTES René**, *Œuvres et lettres*, Paris, Gallimard, 1953.

- DIDEROT Denis, D'Alembert Jean le Rond**, *Encyclopédie ou Dictionnaire Raisonné des Sciences, des Arts et des Métiers par une Société de Gens de Lettres*, Paris, Chez Briasson, Davis l'aîné, Le Breton, Durand, 1751-1765.
- DODIER Nicolas**, *L'expertise médicale*, Paris, Éditions Métailié, 1993.
- ESTELLON Vincent**, *Les Etats Limites*, Paris, Presses Universitaires de France, 2010.
- FOUCAULT Michel**, *Dits et Ecrits 1954-1988*, Paris, Gallimard, 1994.
- *Dits et Ecrits II*, Paris, Gallimard, 2001.
- *Histoire de la sexualité III – Le souci de soi*, Paris, Gallimard, 1984.
- *L'herméneutique du sujet*, Paris, Gallimard et Le Seuil, 2001.
- GADAMER Hans-Georg**, *Philosophie de la santé*, trad. Marianne Dautrey, Paris, Editions Grasset & Fasquelle et Editions Mollat, 1998.
- GAGNAYRE Rémi et D'IVERNOIS Jean-François**, *Apprendre à éduquer le patient*, Paris, Maloine, 2008.
- GALIEN**, *Le Médecin - Introduction*, trad. Caroline Petit, Paris, Les Belles Lettres, 2009.
- GOFFETTE Jérôme**, *Naissance de l'anthropotechnie*, Paris, Vrin, 2006.
- GORI Roland et DEL VOLGO Marie-José**, *Exilés de l'intime*, Paris, Denoël, 2008.
- GRODDECK Georg**, « *NASAMECU* » *la nature guérit*, trad. P. Villain, Paris, Editions Aubier-Montaigne, 1980.
- *La maladie, l'art et le symbole*, trad. Roger Lewinter, Paris, Gallimard, 1969.
- *Le livre du ça*, trad. L. Jumel, Paris, Gallimard, 1973.
- GROS Dominique**, *Le sein dévoilé*, Paris, Stock, 1987.
- HEIDEGGER Martin**, *Séminaires de Zurich*, trad. Caroline Gros, Paris, Gallimard, 2010.
- HIPPOCRATE**, *Du régime salubre*, Œuvres complètes, tome sixième, trad. Émile Littré, Paris, J.B. Baillière, 1849.
- HOTTOIS Gilbert et MISSA Jean-Noël**, *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*, Bruxelles, Editions De Boeck-Université, 2001.
- HUBINOIS Philippe**, *Petite philosophie de la chirurgie*, Paris, Éditions Michalon, 2006.
- JACOB François**, *La souris, la mouche et l'homme*, Paris, Odile Jacob, 1997.
- JASPERS Karl**, *Philosophie : Orientation dans le monde. Éclaircissement de l'existence. Métaphysique*, trad. Jeanne Hersch, Berlin-Heidelberg, Springer-Verlag, 1989.
- *Essais philosophiques*, trad. Laurent Jospin, Paris, Editions Payot, 1970.

- *Psychopathologie générale*, trad. A. Kastler et J. Mendousse, Paris, Librairie Félix Alcan, 1928.
- *Autobiographie Philosophique*, trad. Pierre Boudot, Paris, Éditions Aubier, 1963.
- JAURÈS Jean**, *De la réalité du monde sensible*, Paris, Éditions Alcuin, 1994.
- KANT Emmanuel**, *Le conflit des facultés en trois sections*, trad. J. Gibelin, Paris, Vrin, 1997.
- LAFONTAINE Céline**, *La société post-mortelle*, Paris, Le Seuil, 2008.
- LAKOFF Andrew**, *La raison pharmaceutique*, trad. Philippe Pignarre, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond & Le Seuil, 2008.
- LANZMANN-PETITHORY Dominique**, *La diététique de la longévité*, Paris, Odile Jacob, 2002.
- LE BLANC Guillaume**, *Les maladies de l'homme normal*, Paris, Editions du Passant, 2004.
- LECOURT Dominique** (sous la direction de), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses Universitaires de France, 2004.
- LE DOUARIN Nicole**, *Les cellules souches, porteuses d'immortalité*, Paris, Odile Jacob, 2007.
- LEIBNIZ Gottfried Wilhelm**, *Nouveaux Essais sur l'entendement humain*, Paris, Flammarion, 1990.
- LERICHE René**, *La philosophie de la chirurgie*, Paris, Flammarion, 1951.
- MARIN Claire**, *Violences de la maladie, violence de la vie*, Paris, Armand Colin, 2008.
- *L'épreuve de soi*, Paris, Armand Colin, 2003.
- *Hors de moi*, Paris, Editions Allia, 2008.
- MARZANO Michela**, *L'Éthique Appliquée*, Paris, Presses Universitaires de France, 2008.
- *Dictionnaire du corps*, Paris, Presses Universitaires de France, 2007.
- MEYERSON Ignace**, *Les fonctions psychologiques et les œuvres*, Paris, Vrin, 1948.
- MONTAIGNE Michel de**, *Les essais en français moderne*, Paris, Gallimard, 2009.
- MOREAU Denis et TARANTO Pascal** (édité par), *Activité physique et exercices spirituels- Essais de philosophie du sport*, Paris, Vrin, 2008.
- MOULIN Anne-Marie**, *Le dernier langage de la médecine-Histoire de l'immunologie de Pasteur au Sida*, Paris, Presses Universitaires de France, 1991.
- NIETZSCHE Friedrich**, *Fragments Posthumes*, trad. Jean-Claude Hémery, Paris, Gallimard, 1977.
- *Le Gai Savoir*, trad. Patrick Wotling, Paris, Flammarion, 2007.

- *Humain trop humain*, trad. Robert Rovini, Paris, Gallimard, 1968.

- *Aurore*, trad. Julien Hervier, Paris, Gallimard, 1980.

OFFROY DE LA METTRIE Julien, *L'homme-machine*, Paris, Gallimard, 1999.

PATOCKA Jan, *Liberté et sacrifice-Ecrits politiques*, trad. Erika Abrams, Grenoble, Editions Jérôme Millon, 1990.

PERROT Philippe, *Le travail des apparences*, Paris, Le Seuil, 1984.

PLATON, *Œuvres complètes, Gorgias*, trad. Monique Canto-Sperber, Paris, Flammarion, 2008.

- *Œuvres complètes, Timée*, trad. Luc Brisson, Paris, Flammarion, 2008.

QUEVAL Isabelle, *S'accomplir ou se dépasser-Essai sur le sport contemporain*, Paris, Gallimard, 2004.

- *Le corps aujourd'hui*, Paris, Gallimard, 2008.

RASPAIL François-Vincent, *Histoire naturelle de la santé et de la maladie chez les végétaux et chez les animaux en général et en particulier chez l'homme suivie du formulaire pour la nouvelle méthode du traitement hygiénique et curatif*, Paris, Chez l'éditeur des ouvrages de M. Raspail & Bruxelles, A l'office de publicité librairie nouvelle, 1860.

RICOEUR Paul, *Le juste 2*, Paris, Editions Esprit, 2001.

- *Soi-même comme un autre*, Paris, Le Seuil, 1990.

ROSA Hartmut, *Accélération*, trad. Didier Renault, Paris, La Découverte, 2010.

ROUSSEAU Jean-Jacques, *Les Confessions*, Paris, Flammarion, 2002.

- *Emile*, Paris, Flammarion, 1966.

RUFFIÉ Jacques, *Naissance de la médecine prédictive*, Paris, Odile Jacob, 1993.

SARTRE Jean-Paul, *L'Être et le Néant*, Paris, Gallimard, 1943.

- *Vérité et existence*, Paris, Gallimard, 1989.

- *Les mots et autres récits autobiographiques*, Paris, Gallimard, 2010.

- *Cahiers pour une morale*, Paris, Gallimard, 1983.

SCHLANGER Judith, *Les métaphores de l'organisme*, Paris, L'Harmattan, 1995.

SÉNÈQUE, *De la Colère*, trad. Abel Bourgerly, Paris, Les Belles Lettres, 1961.

- *Des Bienfaits*, trad. F. Préchac, Paris, Les Belles Lettres, 1961.

SIMONDON Gilbert, *L'individuation à la lumière des notions de forme et d'information*, Grenoble, Editions Jérôme Millon, 2005.

SKRABANEK Petr, *La fin de la médecine à visage humain*, trad. Robert de Wilde, Paris, Odile Jacob, 1995.

STEVENS Annick, *L'ontologie d'Aristote au carrefour du logique et du réel*, Paris, Vrin, 2000.

TAYLOR Charles, *Le malaise de la modernité*, trad. Charlotte Melançon, Paris, Les Éditions du Cerf, 2002.

VALERY Paul, *Discours aux chirurgiens*, Paris, Librairie Gallimard, 1938.

VON WEIZSÄCKER Viktor, *Pathosophie*, trad. J. De Bisschop, M. Gennart, M. Ledoux, B. Maebe, C. Mugnier et A.-M. Norgeu, Grenoble, Éditions Jérôme Millon, 2011.

WINNICOTT Donald Woods, *Jeu et réalité*, trad. Claude Monod et J.-B. Pontalis, Paris, Gallimard, 1975.

- *Conversations ordinaires*, trad. Brigitte Bost, Paris, Gallimard, 1988.

WUNENBURGER Jean-Jacques, *Imaginaires et rationalité des médecines alternatives*, Paris, Les Belles Lettres, 2008.

ZARIFIAN Philippe, *Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle*, Paris, Presses Universitaires de France, 2009.

2) Articles de revues :

BORCH-JACOBSEN Mikkel, "Situation de la psychothérapie", revue *Le Débat*, n°152, Paris, Gallimard, 2008.

JASPERS Karl, "Le médecin à l'âge de la technique", trad. Jean-Claude Gens, revue *PO&SIE*, n° 116, Paris, Belin, 2006.

3) Documents et informations accessibles sur internet :

FORTHOMME Bernard, *Lettre au Dr G. Charbonneau*, du 6 mai 2001, document disponible sur le site internet : <http://www.bernard-forthomme.com>.

SAOUT Christian, *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient*, rapport publié en septembre 2008, consultable sur le site internet www.santé-sports.gouv.fr.

ZERHOUNI Elias, *Les grandes tendances de l'innovation biomédicale au XXIe siècle*. Ce texte figure sur le site internet : <http://lecons-cdf.revues.org>.

Le site internet du Centre de Recherche et d'Évaluation des médicaments de l'US Food and Drug Administration (www.fda.gov/) a été utilisé pour documenter les effets des substances médicamenteuses citées dans cette thèse.

Le site internet de l'Organisation Mondiale de la Santé (www.who.int/fr/) a été consulté pour sa définition de la santé.

Les éléments relatifs à la problématique des mastectomies préventives sont disponibles sur le site internet : www.oncoprof.net.

La mission et les objectifs poursuivis par l'Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable sont énoncés sur le site internet de cette association : www.afipa.org.

Le site internet : www.patientslikeme.com est l'un des exemples relatifs aux actions des communautés de malades.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION :	5
1- La médecine moderne et les soins à soi-même :	23
1-1 Les marques distinctives de la médecine moderne :	26
A) La médecine technico-scientifique :.....	28
B) La médicalisation de l'existence :	40
C) La marchandisation de la médecine :	65
D) L'état des lieux de la médecine moderne :.....	84
1-2 Les mises en situation de la personne :	107
A) Le vacillement identitaire :.....	112
B) Le malade délégataire de la médecine :.....	122
C) L'abandon de soi :	141
2- La pratique du soin à la première personne :	164
2-1 Les modalités de l'agir du bien-portant et du malade :	168
A) Les états oscillatoires de l'organisme :.....	169
B) Prendre soin de soi :	181
C) S'administrer des soins à soi-même :	194
D) Le gauchissement de la pratique auto-soignante :.....	222
2-2 La création appliquée au soin :	250
A) Vieillir sans déclin :	252
B) Vivre avec une maladie de compagnie :.....	270
C) Affirmer son identité après un acte chirurgical réparateur :.....	286
D) L'agir créatif comme instauration de sens et d'authenticité :.....	299
CONCLUSION :	326
BIBLIOGRAPHIE :	341